EPB 501
Jov. c/7

8e ANNÉE.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES,

PAR LES DOCTEURS

H. GOURAUD, J. LEBAUDY, A. TROUSSEAU.

ACCOMPAGNÉ DE DOUZE PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE GRAVÉES SUR ACIER.

PAR AN.—10 FRANCS POUR PARIS, 12 FR. POUR LES DÉPARTEMENTS.

On souscrit,
AU BUREAU DU JOURNAL,
RUE RACINE, 3, A PARIS.

1840.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 1. — JUILLET 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme, et ses diverses complications.

Malgré le grand nombre de travaux qui ont été publiés sur les maladies vénériennes, on sait qu'il est plusieurs points de leur histoire qui sont loin d'être éclaircis. Presque tous se rattachent soit à leur théorie, soit à leur historique, sur lesquels aujourd'hui règne encore la plus grande obscurité. Mais il est en outre quelques points de simple description qui sont demeurés fort incomplets, quelle que soit l'importance qui, en semblable matière, s'attache même aux détails.

Parmi eux, un des plus intéressants, sans doute, est l'histoire des symptômes vénériens primitifs chez la femme, quelle que soit leur nature, virulente ou non virulente. Tous les auteurs ont pris pour type, soit de la blennorrhagie, soit des autres symptômes vénériens primitifs, l'histoire de ces accidents chez l'homme, se contentant d'indiquer les principales différences qu'ils présentent chez la femme, sans jamais offrir de tableau détaillé de cette maladie chez cette dernière. Il résulte de là que l'on ne saurait se faire, en lisant les auteurs, qu'une idée fort incomplète de l'aspect sous lequel les accidents vénériens primitifs se montrent dans ce sexe.

Astruc, Hunter, Swediaur..., malgré l'exactitude de leurs descriptions, ne disent que peu de chose du sujet qui va nous occuper. Les auteurs plus modernes, MM. Lagneau, Devergie, Desruelles, Ph. Boyer..., le laissent tous aussi incomplet. M. Ricord, en appliquant le spéculum à l'étude de la vérole chez la femme, a rendu un grand service, et a ouvert une voie nouvelle à cette étude. M. Gibert, dans son *Manuel sur les maladies syphilitiques*, me paraît celui qui a tracé le plus complètement le tableau des accidents vénériens aigus, chez la femme.

J'étudierai, dans ce travail, ces divers symptômes, sur lesquels j'ai recueilli, pendant mon séjour à l'hôpital de Lourcine, des notes nombreuses. C'est un travail purement descriptif, dans lequel j'éviterai tout ce qui touche à la nature d'une maladie sur laquelle tant de pages ont été écrites, sans qu'il en règne plus d'accord et plus de certitude sur son origine, sur sa nature, son traitement, et même sur les signes qui lui sont propres.

La différence de forme et de structure des organes génitaux, dans les deux sexes, doit nécessairement entraîner de notables différences entre les accidents dont ils sont essentiellement le siége.

Chez l'homme, le canal de l'urèthre se trouve le siége exclusif de la blennorrhagie, et c'est autour de son orifice que se groupent toutes les altérations vénériennes primitives. L'étroitesse de ce canal, la nécessité de l'intégrité absolue du conduit qu'il forme, la difficulté de le soumettre à l'action directe des médicaments, donnent une certaine gravité aux maladies qui l'affectent.

Chez la femme, le canal de l'urèthre n'est que très-secondairement affecté dans la blennorrhagie, et la part qu'il prend à la maladie est toujours sans importance. La conformation et la nature des fonctions du vagin, siége habituel de la blennorrhagie, empêchent que ses affections aient beaucoup de gravité. Mais le voisinage du col de l'utérus est une circonstance fâcheuse, et qui peut compliquer d'une façon toute spéciale la blennorrhagie chez la femme. Cette complication fréquente paraît survenir sous l'influence d'une prédisposition particulière, dont il est difficile de préciser les conditions; car, comme nous le verrons plus loin, on ne trouve pas de rapport bien déterminé entre son existence et celle de diverses autres altérations qui peuvent manquer ou coïncider avec elle. Notons encore la grande étendue de la muqueuse génitale, chez la femme, qui, suivant Swediaur et M. Ricord, la prédispose davantage aux accidents consécutifs, en fournissant une plus grande surface à l'absorption; la multiplicité des surfaces et

des replis muqueux; et aussi le voisinage de l'anus qui se trouve primitivement affecté chez la femme d'une façon plus spéciale qu'on ne l'a encore indiqué.

Je traiterai successivement de la blennorrhagie et de ses diverses complications.

Chapitre 1er.

De la blennorrhagie.—L'écoulement, phénomène habituel (1) de la blennorrhagie, chez la femme, peut venir de plusieurs sources différentes, du canal de l'urèthre, de la vulve, du vagin, de l'utérus lui-même, provenant d'une seule de ces parties, ou de toutes en même temps.

Je crois que le nom de blennorrhagie doit être donné à tout écoulement aigu des parties génitales de la femme, quel qu'en soit le point de départ spécial. En effet, tandis que, chez l'homme, le canal de l'urèthre se trouve le siége particulier de la maladie dont nous nous occupons, nous voyons, chez la femme, chacun des points différents que tapisse la muqueuse génito-urinaire s'affecter indifféremment sous l'influence des mêmes causes, devenir le siége d'altérations semblables, guérir par un même traitement.

Il y a, que l'on me permette cette comparaison, des blennorrhagies partielles et des blennorrhagies générales, comme il y a des péritonites partielles et des péritonites générales; ce n'est toujours qu'une même maladie dont les nuances diverses veulent être distinguées, sans constituer pour cela des maladies différentes; et certes, les variétés de siége modifient plus encore le caractère des péritonites que celui des blennorrhagies partielles. M. Ricord a exprimé la même opinion, en disant qu'il n'a pu, « dans la blennorrhagie chez la femme, reconnaître de rapports précis entre la nature spéciale et le siége particulier de la maladie, et que, quelle qu'ait été la cause de l'écoulement, la vulve, l'urèthre, le vagin et l'utérus ont pu être isolément ou concurremment affectés (2).»

Astruc reconnaissait quatre espèces de blennorrhagie : « La première occupe la *prostate* qui, dans les femmes, embrasse l'urèthre, et s'ouvre dans la vulve, sous le clitoris, de chaque côté de l'urèthre; la seconde, les glandes de Cowper, situées dans le périnée, près de l'anus, lesquelles s'ouvrent près des caroncules myrtiformes; la troisième, les *glandes botryformes* répandues dans le vagin (vaginite); enfin la quatrième, les *cellules* répandues dans la face intérieure de l'urèthre (uréthrite) (3). »

Bosquillon admet aussi quatre espèces de blennorrhagie : 1° bornée à la partie inférieure du vagin; 2° ayant son siége dans les glandes muqueuses qui environnent l'orifice de l'urèthre et dont les conduits excréteurs s'ouvrent dans le plan membraneux qui s'étend du clitoris à l'arc supérieur de l'orifice du vagin; 3° l'urèthre lui-même; 4° les glandes nombreuses dont sont fournies les grandes et les petites lèvres (1).

M. Devergie a reproduit cette division; mais il est évident qu'elle est incomplète, puisqu'elle ne tient pas compte des parties plus profondément situées; et, en outre, il me paraît tout-à-fait inutile d'établir des distinctions sur les divers points de la vulve qui peuvent se trouver isolément affectés.

Nous allons étudier successivement l'uréthrite, la vulvite, la vaginite et l'utérite, qui ne sont, encore une fois, que les formes diverses d'une même maladie, souvent combinées ensemble, mais que nous isolons, afin de mettre plus d'ordre dans une description nécessairement compliquée.

§ I. *Blennorrhagie uréthrale (uréthrite).* — Les opinions les plus diverses ont été émises et le sont encore aujourd'hui, sur la valeur et la fréquence de l'uréthrite dans la blennorrhagie chez la femme. On conçoit difficilement comment Swediaur a pu dire : « La gonorrhée chez la femme a cela de caractéristique que son siége n'est pas dans le canal de l'urèthre, comme quelques auteurs, et B. Bell, dans son traité de la gonorrhée, l'ont avancé. Je n'ai jamais vu une seule femme dont l'urèthre fût le siége de cette maladie (2). » Il dit plus loin que l'orifice seulement du canal est enflammé quelquefois avec la muqueuse voisine du vagin (page 192).

B. Bell avait dit, en effet, que, chez les femmes, l'écoulement vient du vagin et de l'urèthre, et dans quelques cas est fourni en partie par ces deux endroits (3). Bosquillon a vu l'uréthrite exister long-temps sans aucune affection du vagin... « Il n'est pas rare de voir cette espèce de gonorrhée engendrer l'inflammation du vagin (4). » Astruc n'était pas certain que la gonorrhée uréthrale pût exister seule et indépendamment des autres (5). « La blennorrhagie chez la femme, dit M. Lagneau, est caractérisée par un écoulement... exclusivement fourni, dans le plus grand nombre des cas, par la membrane qui tapisse le vagin et son orifice. Quelquefois pourtant la matière vient aussi de l'intérieur de ce canal.... (6).» Suivant M. Cullérier, le plus souvent la blennorrhagie n'a son

(1) Il y a toujours supersécrétion dans la blennorrhagie, mais quelquefois les fluides sécrétés ne *s'écoulent* pas au dehors, comme dans certaines blennorrhagies limitées au fond du vagin, ou au museau de tanche.

(2) Ph. Ricord, *de la Blennorrhagie.*

(3) Astruc, *de Morbis venereis.*

(1) B. Bell.; *Mal. vénér.*, trad. de Bosquillon, 1802, t. I, p. 259.

(2) Swediaur; *Traité des malad. vénér.*, t. I, p. 127.

(3) B. Bell., loco cit., t. I, p. 253.

(4) Trad. citée, t. I, p. 264-65.

(5) Loco cit. t. III, p. 8.

(6) *Dict. de méd.*, 2e édit., tom. V, p. 371.

siége que dans le vagin, et le pus, qui semble venir de l'urèthre, n'a été déposé qu'à sa surface (1).

M. Gibert, au contraire, ne veut donner spécialement le nom de blennorrhagie, chez la femme comme chez l'homme, qu'aux écoulements *primitifs*, ordinairement aigus, qui ont leur siége dans le canal de l'urèthre (2). Il cite à l'appui de son opinion le passage suivant de M. Ph. Boyer, bien que ce dernier ne donnât le nom de blennorrhagie qu'à la vaginite. « Le vagin, dit M. Ph. Boyer, est le seul des organes génitaux de la femme qui soit affecté dans les inflammations syphilitiques primitives : l'urèthre qui, chez elle, ne fait pas partie essentielle de la génération, comme chez l'homme, participe à cette inflammation dans tous les cas, de sorte que, pour être plus exact, on devrait nommer cette inflammation *uréthro-vaginite*. Cependant, comme c'est dans le vagin que se passent les principaux phénomènes, à cause de sa grande surface, et que l'inflammation de l'urèthre ne s'observe que dans les premiers moments, j'ai préféré le nom de *vaginite* (3). » Ce passage renferme plusieurs erreurs, ainsi : la coexistence constante de l'uréthrite et de la vaginite, et cette assertion que le vagin est le seul des organes génitaux chez la femme qui soit affecté dans les inflammations syphilitiques primitives.

M. Ricord dit qu'il a été étonné de la fréquence des blennorrhagies uréthrales, et que l'uréthrite existe huit fois sur douze, quand la blennorrhagie a été le résultat d'un coït impur. M. E. Delmas déclare ne pouvoir porter la proportion des uréthrites qu'à cinq sur douze (4). Mais on conçoit combien ces chiffres doivent être infidèles, lorsque l'on songe à la difficulté, dans la plupart des cas, de connaître soit la cause, soit la date précise d'un blennorrhagie; à la possibilité d'être induit en erreur, quand on n'examine une femme qu'en passant, soit qu'une émission récente d'urine ait fait disparaître momentanément toute trace d'écoulement uréthral, comme le savent très-bien les filles publiques, soit que, dans une *vulvite* étendue, le méat urinaire participe seulement à l'inflammation générale, sans que celle-ci ait pénétré dans l'intérieur du canal. Aussi ces chiffres ne nous donnent-ils tout au plus qu'une idée approximative de la fréquence proportionnelle de l'uréthrite (5).

Je n'ai jamais rencontré d'uréthrite sans écoulement vulvaire ou vaginal, tandis que j'ai observé fort souvent ces derniers sans uréthrite. L'observation des autres me paraît sur ce sujet d'accord avec la mienne, à bien peu de choses près.

M. Gibert a publié dans la *Revue médicale* (t. I, 1834) une observation de blennorrhagie uréthrale ou *vraie*, c'est-à-dire indépendante de toute vaginite. Une dame, à la suite d'une cohabitation avec son mari atteint d'une blennorrhagie vénérienne en voie de guérison, sentit de la cuisson en urinant, et trouva son linge marqué de taches nombreuses, isolées, arrondies, peu étendues, verdâtres, bien différentes de ces taches étalées et blanchâtres que produisait une simple leucorrhée; un peu de sang avait même coulé à plusieurs reprises, mais la malade avait fort bien reconnu qu'il ne venait pas des voies ordinaires. L'orifice de l'urèthre était enflammé, tuméfié; il laissait sourdre une matière purulente dont on augmentait beaucoup la quantité en pressant par le vagin sur la face inférieure de l'urèthre. Le vagin, au contraire, et les grandes lèvres n'offraient ni rougeur, ni tuméfaction, ni écoulement, et n'avaient que l'humidité qui leur est naturelle. Le même auteur a observé, dit-il, deux autres femmes atteintes de blennorrhagie uréthrale *primitive*, datant chez l'une d'une quinzaine de jours, chez l'autre d'une dixaine de jours seulement; mais il convient que ces cas sont très-rares (1). M. Ricord, en 1833, paraissait n'avoir rencontré que deux fois des uréthrites sans vaginite (2). M. Cullérier dit avoir vu un cas où l'urèthre seul fournissait le pus,

---

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 149.

(2) Gibert, *Manuel des maladies vénér.*, p. 283, 1836.

(3) Ph. Boyer, *Traité prat. de la syphilis*, p. 58.

(4) *Gaz. méd.*, 1833, p. 292.

(5) Si l'on ajoute à cela la difficulté d'obtenir des renseignements un peu précis de la plupart des femmes qui font le sujet de nos observations, à cause de leur insouciance ou de leur défaut d'intelligence, ou surtout de leur disposition à altérer la vérité, la difficulté de s'assurer, chez cette sorte de malades, des effets directs des traitements prescrits; les diverses modifications qu'ont pu éprouver les altérations locales avant l'époque à laquelle elles sont soumises à l'inspection, changements sur lesquels les malades ne peuvent fournir aucune donnée,—on conviendra qu'il est impossible d'employer dans cette étude la méthode numérique, bien qu'au premier abord elle y semble tout particulièrement applicable, et on me permettra d'avancer qu'un travail basé sur une semblable méthode serait nécessairement entaché de doute et d'erreur.

Cependant une observation scrupuleuse peut fournir des résultats qui ne manquent pas de certitude, bien qu'ils ne puissent être formulés en chiffres, car on aurait tort de croire qu'on ne puisse, en médecine, tirer d'inductions des faits observés qu'à l'aide du calcul : il faut seulement, là où il refuse son appui, redoubler d'attention et de réserve dans ses conclusions. J'insiste sur ce point afin de justifier, en quelque sorte, auprès de certaines personnes, la manière dont ce travail a été conçu, et afin de faire connaître la façon dont l'étude, à laquelle je me suis livré, me paraît devoir être envisagée sous le point de vue de la méthode numérique.

(1) Manuel cité, p. 284.

(2) *Gaz. méd.*, 1833.

le vagin étant dans la plus parfaite intégrité (1).

Ce n'est donc que dans des circonstances que l'on peut dire exceptionnelles, que l'uréthrite a été observée primitive et indépendante de toute affection des parties voisines; tandis que, comme nous le verrons plus tard, ces dernières se trouvent souvent affectées à tous les degrés possibles et sous l'influence de toutes sortes de causes, sans s'accompagner d'uréthrite.

On reconnaît l'uréthrite à la rougeur, à la tuméfaction du méat urinaire, et à une gouttelette blanche que l'on voit sortir de l'orifice de l'urèthre, surtout lorsque l'on presse d'arrière en avant la paroi inférieure de ce canal, au moyen du doigt indicateur introduit dans le vagin.

Quelquefois la malade éprouve en urinant une sensation douloureuse le long du canal de l'urèthre ; mais celle-ci manque fort souvent. La douleur dont se plaignent les femmes affectées de blennorrhagie, lors de l'émission de l'urine, tient la plupart du temps à l'écoulement de ce liquide sur la muqueuse de la vulve excoriée ou simplement phlogosée. C'est cette absence de douleurs uréthrales qui en avait imposé à Swediaur, et lui avait fait nier l'existence de l'uréthrite chez les femmes atteintes de blennorrhagie. L'introduction d'une sonde dans le canal de l'urèthre enflammé est fort douloureuse (Boivin et Dugès). Suivant B. Bell, quand l'urèthre est le siége de la maladie, l'ardeur d'urine est souvent plus grande que chez les hommes, et gagne plus facilement la vessie, sans doute parce que le canal est plus court (2). M. Ricord a vu aussi l'inflammation passer du canal de l'urèthre dans la vessie (3). Mais cette extension de la maladie me paraît se faire beaucoup plus rarement que le prétendent ces auteurs.

L'écoulement qui se fait par le canal de l'urèthre enflammé se confond habituellement avec celui que fournit en même temps la muqueuse du vagin ou de la vulve. Dans les cas rares où il existe seul, on peut le reconnaître aisément aux taches arrondies, isolées, qui marquent le linge de la femme.

L'uréthrite est essentiellement aiguë : on voit rarement le canal de l'urèthre affecté dans les écoulements chroniques, dans les blennorrhées qui sont si fréquentes chez la femme. Cependant Bosquillon paraît avoir observé des blennorrhagies chroniques limitées au canal de l'urèthre (3). La durée de l'uréthrite est elle-même en général très courte ; je ne l'ai jamais vue persister après la guérison des muqueuses voisines, et c'est habituellement l'écoulement uréthral qui disparaît le premier.

L'uréthrite ne me paraît avoir aucune importance spéciale dans la blennorrhagie chez la femme, si ce n'est en ce qu'on la regarde habituellement comme dénonçant le caractère virulent de la maladie. Généralement moins douloureuse par elle-même que l'inflammation étendue au reste de la vulve, ne gênant presque jamais d'une façon notable le cours de l'urine, ne laissant dans aucun cas dans le canal de l'urèthre ces traces de son passage qui, chez l'homme, viennent si souvent réveiller le souvenir d'anciennes blennorrhagies; cédant elle-même, et toute la première, au traitement auquel on soumet l'inflammation plus importante de la vulve et du vagin qui l'accompagne presque toujours, je crois qu'on ne doit la regarder, dans l'immense majorité des cas, que comme un simple épiphénomène, qui annonce seulement une maladie plus étendue, d'un caractère plus fâcheux peut-être, mais qui ne l'aggrave jamais en rien par lui-même.

Pour les cas où l'uréthrite existe seule, et dont nous avons montré la rareté, toujours plus légère et plus bénigne que chez l'homme, suivant M. Gibert, elle cède plus facilement encore à l'emploi du copahu, qui, dans les blennorrhagies uréthro-vaginales, la fait toujours disparaître la première (1).

Sur quoi donc peut-on se fonder pour assigner à l'uréthrite seule le nom de blennorrhagie, et lui attribuer ainsi une importance toute spéciale, et qu'elle n'a point? C'est, suivant nous, sur un rapprochement qu'on a voulu établir, mais sans beaucoup de justesse, entre le canal de l'urèthre de l'homme et celui de la femme. La différence de conformation et d'usages dément l'importance que l'on attache à ce rapprochement. Le vagin peut, sous le point de vue qui nous occupe, être beaucoup plus justement rapproché du canal de l'urèthre de l'homme avec lequel il est en rapport direct dans l'acte du coït, cause déterminante de la plupart des blennorrhagies; avec lequel on le voit affecté d'écoulements aigus, chroniques, tout-à-fait semblables pour les marches diverses qu'ils affectent; de chancres, dont on ne saurait nier l'existence à l'entrée du canal de l'urèthre de l'homme, quand même on n'admettrait pas, avec M. Ricord, leur développement fréquent dans l'intérieur de ce canal. Les seules différences qui existent dans la manière dont ces deux conduits sont affectés tiennent nécessairement à la différence de leur structure. On ne saurait appuyer l'opinion que je combats sur ce que l'uréthrite chez la femme annonce habituellement que la maladie a un caractère virulent, car l'uréthrite peut exister sans qu'il y ait pour cela vérole, et, d'une autre part, des symptômes évidemment virulents se montrent souvent avec des blennorrhagies non uréthrales. Arguera-t-on encore de l'action plus spéciale que le copahu, d'après MM. Gibert

(1) Loco cit., p. 285.
(2) Loco cit., p. 97.
(3) Loco cit., p. 164.

(1) Manuel cité, p. 287.

et Ricord, exercerait sur le canal de l'urèthre de la femme? Mais on ne saurait attacher une grande importance à ce fait, lorsque nous avons vu que l'uréthrite a toujours une grande tendance à disparaître plus promptement que la vaginite ou l'utéro-vaginite qui l'accompagne ordinairement.

§ II. *Blennorrhagie vulvaire* (*vulvite*).—La blennorrhagie vulvaire, ou vulvite, que M. Gibert appelle *fausse blennorrhagie*, la comparant à la balanite de l'homme (comme avait fait Hunter pour la vaginite), mérite une étude particulière ; car souvent l'inflammation de la vulve se montre primitive, indépendante de toute affection du vagin ou de l'urèthre, seule ou accompagnée des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie, telles que tubercules plats, fissures à l'anus, etc. ; car l'inflammation de la vulve donne à la blennorrhagie une physionomie particulière, et qui permet de reconnaître sa présence avant de l'avoir constatée *de visu;* c'est à elle que l'on doit rapporter la blennorrhagie des jeunes enfants qui, quelquefois lorsqu'elle s'est développée spontanément, presque toujours quand elle est le résultat d'une violence extérieure, demeure bornée à la vulve.

L'inflammation de la vulve s'annonce par la rougeur vive de la muqueuse, et par le gonflement des grandes et des petites lèvres, quelquefois assez considérable pour que l'on ait beaucoup de peine à mettre à découvert l'orifice du vagin qui paraît d'un rouge très vif, comme saignant ; alors le moindre attouchement devient excessivement douloureux, l'émission de l'urine détermine les cuissons les plus vives, la marche est fort pénible, les malades sont obligées de se tenir pliées en deux, la chaleur du lit est insupportable, la fièvre s'allume, il survient une soif ardente, de l'insomnie.

L'inflammation de la vulve est, de toutes les formes de la blennorrhagie, celle qui est de beaucoup la plus douloureuse ; aussi toutes les fois que l'on voit une femme se plaindre de douleurs vives aux parties, redouter le passage de l'urine, marcher avec difficulté, et qu'en même temps elle accuse un écoulement, on peut être certain que la blennorrhagie a son siége à la vulve (1).

Lorsque l'on examine la vulve, on la trouve baignée d'un fluide un peu visqueux, trouble, puriforme, d'une odeur forte et tout-à-fait caractéristique (1); il se dessèche sous forme de petites croûtes jaunâtres autour des poils du pubis et des grandes lèvres; quelquefois il est tellement abondant qu'il voile en quelque sorte toute la surface de la vulve; souvent très-âcre, quand l'inflammation est intense, il enflamme, il excorie la surface des grandes lèvres, du périnée, du pourtour de l'anus, de la partie interne et supérieure des cuisses, qui bientôt, comme l'a très-bien remarqué M. Ricord, fournit elle-même une sécrétion abondante et puriforme. Cela s'observe surtout quand il y a complication de tubercules plats primitifs, complication qui elle-même s'accompagne presque toujours de vulvite.

Lorsque l'inflammation de la vulve est intense, de simplement érythémateuse elle devient souvent plus profonde, œdémateuse ou phlegmoneuse. Dans le premier cas, les grandes lèvres sont quelquefois considérablement tuméfiées, et les petites lèvres peuvent subir une sorte d'étranglement que l'on a comparé au phymosis. Il peut aussi se former du pus dans l'épaisseur des petites ou des grandes lèvres. On sait que la facilité avec laquelle se forme une fistule, difficile à guérir, rend toujours fâcheux les abcès de cette région. M. Ricord a vu un abcès se former sur le clitoris, et détruire une partie du prépuce.

Avec l'inflammation de la vulve existe le plus souvent un certain degré de vaginite, surtout de la partie inférieure du vagin; souvent aussi une inflammation ou au moins un écoulement du col utérin. On peut fréquemment distinguer, parmi l'exsudation opaque et jaunâtre que fournit la muqueuse de la vulve, des stries filantes et transparentes, presque semblables à de l'albumine, et qui viennent du col de l'utérus.

La vulvite s'accompagne à peu près constamment de l'inflammation du méat urinaire ; mais il ne faudrait pas conclure qu'il y a uréthrite, de ce que l'on trouve l'orifice du canal de l'urèthre rouge et sécrétant un mucus opaque, l'inflammation pouvant fort bien, dans ce cas, ne pas pénétrer dans l'intérieur de ce conduit. Le tubercule qui est à l'entrée du canal de l'urèthre se trouve souvent le siége d'une inflammation persistante, et qu'entretient le passage continuel de l'urine.

La vulvite peut aussi exister seule, sans uréthrite et sans vaginite ; c'est un fait que j'ai constaté plusieurs fois. Il se rencontre, du reste, généralement dans les cas où les approches de l'homme étant restées incom-

(1) Hunter dit avoir souvent examiné les parties génitales chez des femmes qui avouaient tous les symptômes de la maladie, tels que l'augmentation de l'écoulement, la douleur en urinant, la cuisson quand elles marchaient ou qu'on les touchait, et n'avoir pu trouver aucune différence entre ces parties et les mêmes parties à l'état sain. Il n'y a d'autre moyen de diagnostic dans ce cas que le témoignage d'un homme digne de confiance, et pour qui le contact de semblables femmes aurait été contagieux. (Hunter, œuvres complètes, trad. de M. Richeler, 6e livraison, p. 231.)

(1) Il m'est arrivé une fois, privé de toute autre notion, de reconnaître à l'odeur, une blennorrhagie chez une femme qui, quelques jours après, communiqua une chaude-pisse à un jeune homme.

plètes, la membrane hymen n'est pas détruite. Il entra à Lourcine, au mois de mars 1837, une jeune fille de dix-huit ans, portant une blennorrhagie vulvaire intense, avec douleurs vives, exsudation puriforme abondante, survenue quelques jours après le coït. Nous fûmes fort étonnés, lorsque nous voulûmes l'examiner au spéculum, de trouver la vulve presque oblitérée par une membrane hymen parfaitement intacte. Il n'y avait pas d'autres signes d'infection. Gavard, cité par M. Devergie, rapporte aussi l'histoire d'une fille de treize ans, qui gagna la maladie dans un lieu public, tout en conservant les traces de sa virginité (Devergie, *Méd. lég.* t. 1, p. 345). Il ne faudrait pas croire cependant que l'intégrité de l'hymen préservât nécessairement le vagin et le col de l'utérus de toute atteinte : on sait qu'elle ne s'oppose qu'incomplètement au passage du sperme dans le vagin, et que des femmes ont pu être fécondées sans perdre les signes de leur virginité.

L'inflammation de la vulve ne se montre pas toujours sous la forme grave que j'ai décrite. Elle peut présenter une foule de nuances, depuis une simple exsudation muqueuse, sans rougeur à peine et sans augmentation de la sensibilité, jusqu'au boursouflement de tous les replis qui forment la vulve, avec teinte sanglante, excessive sensibilité de l'entrée du vagin, et sécrétion puriforme. On observe parfois, dans ce dernier cas, des érosions superficielles de la muqueuse, mais qui se rencontrent le plus souvent quand l'inflammation de la vulve est le résultat d'une cause extérieure.

La blennorrhagie des jeunes enfants, presque toujours vulvaire, comme je l'ai dit, présente un intérêt tout particulier à cause de l'importance de son étude en médecine légale. Sans vouloir entrer ici dans des détails qui appartiennent à cette dernière science, je crois devoir m'y arrêter quelques instants.

La blennorrhagie, chez les petites filles, peut survenir spontanément, par suite d'un vice dans la constitution, ou bien résulter de l'action d'un corps extérieur, et ainsi reconnaître pour cause l'onanisme, des attouchements coupables, des tentatives de viol ! Il serait d'une grande importance de savoir distinguer ces différents cas, puisque chaque jour le médecin légiste est appelé à prononcer sur la cause spéciale d'écoulements dont sont affectés de jeunes enfants. Nous laisserons de côté les cas où des traces évidentes de violences extérieures se montrent autour des parties génitales, comme ecchymoses, contusions, déchirures de l'hymen, etc., cas qui portent avec eux un caractère d'évidence qui facilite singulièrement le jugement que l'on est appelé à porter. Faisons remarquer toutefois que ces signes se rencontrent fort rarement chez les très-jeunes enfants qui, en général, ne peuvent opposer que peu de résistance aux tentatives dont ils sont victimes, et chez lesquels l'extrême disproportion des parties ne permet pas en général que l'hymen soit altéré.

Les cas où l'on trouve autour des parties génitales d'un enfant des symptômes syphilitiques primitifs, tels que chancres, tubercules plats ulcérés, sont encore d'un diagnostic assez facile pour qu'il soit inutile de m'y arrêter.

Mais lorsqu'un enfant présente simplement les signes d'une vulvite, accompagnée ou non de vaginite ou d'uréthrite, le cas devient embarrassant, et il est généralement difficile de se prononcer d'une manière absolue. Je vais d'abord décrire l'état dans lequel se présentent habituellement les parties génitales d'un enfant qui a été soumis à des violences coupables, et je chercherai s'il n'est pas possible, en comparant ces cas à ceux où l'on est certain de la cause constitutionnelle de la maladie, de trouver des signes qui puissent servir à les différencier.

La muqueuse de la vulve est d'un rouge vif, souvent érodée superficiellement, ainsi que l'hymen, dont la forme est rarement altérée chez les très-jeunes enfants ; les petites lèvres sont gonflées, dures, dans une sorte d'éréthisme; quelquefois le gonflement est assez considérable pour empêcher de mettre l'hymen à découvert. L'enfant éprouve du prurit, une cuisson vive quand l'urine vient à couler sur la muqueuse enflammée. Toutes ces parties sont très sensibles au toucher, et les enfants que l'on examine font en général beaucoup d'efforts pour s'y soustraire. Il se fait un écoulement abondant, verdâtre, d'une odeur nauséeuse, qui se rassemble autour et au-dessus du méat urinaire, et surtout du clitoris, dans l'écartement supérieur des grandes lèvres (Devergie, *Méd. lég.*).

Tel est l'état dans lequel se présentent ordinairement les parties des jeunes enfants affectés de blennorrhagie simple, par suite de l'action directe des corps extérieurs. Malheureusement la blennorrhagie, développée sous l'influence de causes toutes différentes, revêt un aspect à peu près semblable, qu'elle tienne ou non à un état général, scrofuleux ou syphilitique, qu'elle résulte de l'habitude de l'onanisme, ou qu'elle survienne accidentellement, comme tant d'autres affections catarrhales, sans cause déterminante appréciable. Le fait suivant, emprunté par M. Orfila (1) à M. Capuron, nous en fournit un exemple.

« Une jeune fille de quatre ans, atteinte d'un catarrhe pulmonaire, avec fièvre, rendait par la vulve une mucosité blanchâtre fort âcre ; les grandes lèvres et le mont de Vénus étaient rouges, tuméfiés et douloureux ; on voyait en outre quelques ulcères assez profonds, fournissant une matière purulente, semblable aux mucosités dont il a

(1) *Leçons de médecine légale*, t. I, p. 109.

déjà été fait mention. Les parents alarmés, jugeant que l'affection des parties génitales était vénérienne, crurent que l'enfant avait été violé. Les remèdes adoucissants amenèrent assez promptement la guérison pour qu'il fût aisé de se convaincre que l'écoulement et l'ulcération des parties sexuelles dépendaient de l'affection catarrhale qui régnait alors à Paris. » Cette conclusion, du reste, me paraît fort peu rigoureuse, car une vulvite dépendant d'une tentative de viol eût pu se dissiper aussi facilement sous l'influence de simples adoucissants (1). Quoi qu'il en soit, les cas de ce genre sont rares, et la blennorrhagie que l'on pourrait confondre avec celle dont nous faisons l'histoire existe presque toujours à l'état chronique.

Les auteurs des traités de médecine légale se sont en général contentés d'indiquer cette difficulté, sans insister sur les moyens d'éclairer un diagnostic aussi important. Sans avoir la prétention de combler cette lacune, je vais exposer quelques signes auxquels j'attache une certaine importance pour distinguer la blennorrhagie résultant d'une violence extérieure, de celle qui dépend d'une cause constitutionnelle, d'habitudes vicieuses, etc.....

Ces signes sont : A. La circonscription de la maladie à la vulve et au méat ou au canal urinaire ;

B. La rougeur vive de la muqueuse, et l'état d'éréthisme des petites lèvres ;

C. La facilité avec laquelle la maladie disparaît sous la seule influence d'un régime approprié ;

D. La date récente de la maladie.

A. La blennorrhagie que l'on peut appeler traumatique est ordinairement limitée à la vulve. Au contraire celle qui résulte d'une cause constitutionnelle a presque constamment, peut-être même toujours, son siége dans le vagin, tout en s'étendant quelquefois en même temps à la vulve. Les écoulements qui reconnaissent pour cause l'onanisme peuvent avoir le même siége que les précédents, la cause qui les détermine ayant beaucoup d'analogie. Mais, outre les différences que nous allons indiquer plus loin, il faut noter la tendance qu'a l'inflammation, lorsqu'elle persiste, à remonter dans le vagin, et la blennorrhagie qui résulte de l'onanisme, étant presque toujours chronique, ne demeure généralement vulvaire qu'à son début.

B. Les espèces de blennorrhagie que l'on pourrait confondre avec celle que nous étudions étant presque toujours chroniques, la rougeur de la muqueuse est en général beaucoup moins vive que dans cette dernière. Ce signe n'est pas sans doute bien rigoureux. Cependant sa forme aiguë et le genre de la cause qui la détermine lui donnent un aspect particulier qui éveille le plus souvent les soupçons à la première inspection.

C. En général, quand un enfant de bonne constitution est affecté d'une blennorrhagie traumatique récente, il suffit de quelques soins pour faire disparaître en peu de temps le mal dont il est atteint. On n'ignore pas, au contraire, avec quelle difficulté on vient à bout de ces écoulements chroniques qui ont leur cause dans la constitution. Il en est de même de ceux qui tiennent à l'onanisme. Quel succès peut-on attendre des moyens thérapeutiques que l'on emploie, lorsque la cause de la maladie ne cesse d'agir et de l'entretenir. On sait quel degré de confiance on peut avoir dans la surveillance la plus active, dans les leçons les plus sévères, lorsque de malheureux enfants ont poussé assez loin cette funeste habitude pour que leur santé s'en ressente. J'ai vu amputer le clitoris à une petite fille de neuf ans qui portait à l'excès l'habitude de la masturbation. L'opération fut très douloureuse ; il fallut appliquer le fer rougi à blanc pour arrêter l'hémorrhagie. Eh bien, la plaie était à peine cicatrisée que l'enfant avait repris ses manœuvres habituelles, et l'on fut ainsi trompé dans l'effet moral et physique que l'on avait compté produire (1). Ainsi, quand on verra une blennorrhagie intense, chez un enfant, céder en peu de jours à de simples soins de régime et de propreté, on pourra être à peu près certain qu'elle ne tient ni à un vice général ni à l'habitude de l'onanisme.

D. Enfin la date connue du début d'une blennorrhagie chez un enfant pourra, rapprochée d'autres circonstances, mettre sur la voie de sa cause spéciale.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les signes généraux ou locaux qui peuvent indiquer l'origine des diverses espèces de blennorrhagies que j'ai énumérées, autres que ceux dont j'ai parlé, peuvent avoir beaucoup de valeur par leur absence ou leur présence. Ce serait entrer dans des détails bien connus, et dont ce n'est point ici la place.

En résumé, sans attacher plus d'impor-

(1) Je trouve dans l'ouvrage de M. Devergie sur les maladies vénériennes, p. 100, une observation qui justifie le reproche que je fais aux conclusions de M. Capuron. C'est celle d'un enfant de deux ans qui, à la suite de tentatives de viol par un individu infecté, eut un écoulement vulvo-vaginal, avec tuméfaction des grandes lèvres, pustules au périnée, et qui guérit promptement par des moyens simples.

(1) On trouve dans la *Gazette médicale* du 25 novembre 1837 une observation de guérison d'onanisme, par M. Riberi, chez une femme de trente ans, au moyen de l'excision du clitoris et des petites lèvres. Le chirurgien eut le soin de tenir la plaie ouverte pendant deux mois.

tance qu'il ne faut aux propositions que j'ai émises, je crois que, lorsque l'on trouvera réunis tous les signes que j'ai indiqués, il y aura de grandes probabilités que la blennorrhagie résulte de violences extérieures.

§ III. *Blennorrhagie vaginale (vaginite).* — L'inflammation du vagin est une des formes les plus communes de la blennorrhagie chez la femme. On peut, à cause de sa fréquence, de sa marche, de son degré d'importance, la rapprocher beaucoup plus justement que l'uréthrite de la blennorrhagie de l'homme. Je ne crois pas qu'il soit fort exact de dire, avec M. Ricord (1), que le vagin n'est pas aussi disposé à l'inflammation que le canal de l'urèthre chez la femme, parce qu'il est moins sensible.

La vaginite peut occuper la totalité ou seulement une partie de la muqueuse du vagin. Dans ce dernier cas, elle est souvent circonscrite à la partie la plus rapprochée de l'orifice de ce conduit, surtout lorsqu'il y a vulvite. Mais quelquefois, et cela est important à savoir, elle a son siége seulement dans la partie la plus profonde du vagin, celle qui entoure le col de l'utérus, que celui-ci participe ou non à l'inflammation. On ne saurait donc affirmer qu'il n'y a pas vaginite, parce que l'entrée de ce canal ne présente pas de traces d'inflammation; et lorsque des circonstances spéciales ne permettent pas d'avoir de certitude sur l'existence ou la nature d'un écoulement, le spéculum est aussi nécessaire pour bien connaître l'état de la muqueuse du vagin que pour s'assurer de celui du col utérin. C'est sans doute dans des cas de ce genre que Hunter a vu des femmes communiquer la maladie à des hommes, bien qu'elles ne présentassent aucun des symptômes de l'inflammation, et qu'elles n'offrissent aucune trace de syphilis, sous quelque forme que ce fût (2).

M. Ricord dit avoir remarqué que, dans la blennorrhagie vaginale chronique, la partie postérieure du vagin était plus malade que l'antérieure, tandis que le contraire existerait dans la vaginite aiguë.

La vaginite aiguë est spécialement caractérisée par la rougeur, la sensibilité de la muqueuse vaginale, et la sécrétion dont elle devient le siége. On peut, en l'absence des signes précédents, reconnaître, au moyen du toucher, la présence d'une chaleur vive et d'une tuméfaction qui, lorsque l'inflammation est intense, peuvent suffire pour en constater l'existence.

La rougeur, ordinairement uniforme, présente une foule de nuances, depuis une augmentation légère de la teinte naturelle au vagin, jusqu'à une coloration d'un rouge très-foncé. D'autres fois c'est une injection vive qui couvre la muqueuse d'une foule de stries rouges formées de vaisseaux engorgés, et qui semblent faire une légère saillie à sa surface; ou bien encore ce sont de petites taches rouges assez semblables à celles d'un purpura, dont la muqueuse se trouve parsemée. Quelquefois l'inflammation paraît avoir porté surtout sur les follicules muqueux, qui font alors saillie à la surface du vagin, sous forme de granulations, et peuvent même prendre l'apparence de véritables végétations. La muqueuse enflammée est quelquefois érodée superficiellement. M. Ricord a vu une fois sur la partie profonde du vagin, en même temps que sur le col de la matrice, une éruption d'herpès phlyctenoïde parfaitement caractérisée. Il a souvent observé sur la muqueuse génito-urinaire des plaques plus ou moins étendues, ressemblant à des surfaces de vésicatoires en pleine suppuration; enfin de véritables chancres peuvent se montrer sur la muqueuse vaginale enflammée; les points sur lesquels ils se montrent le plus souvent sont ceux qui sont le plus rapprochés de la vulve.

L'augmentation de la sensibilité de la muqueuse du vagin est un signe fort inconstant. En effet, tantôt l'introduction du doigt seul est insupportable, tantôt les malades souffrent sans se plaindre celle d'un spéculum. Elle paraît souvent, mais non toujours, en rapport avec l'intensité de la rougeur. Le plus souvent, elle est due à l'existence d'une vulvite, et je crois que la vaginite sans inflammation de la vulve n'est en général presque point douloureuse.

Lorsque la vaginite est intense à son début, toute sécrétion est souvent abolie; chez quelques sujets même, la muqueuse reste long-temps d'une sécheresse remarquable, et qui peut rendre fort difficile, et en même temps douloureuse, l'introduction du spéculum. On sait que, chez certaines femmes, c'est un état généralement naturel, et je ne sais trop s'il faut le mettre sur le compte de la vaginite. Mais ordinairement il se fait au début une sécrétion d'une humeur visqueuse et transparente, qui ne tarde pas à devenir épaisse, opaque et puriforme; qui, d'abord incolore ou blanchâtre, prend une teinte verte ou jaunâtre. Chez quelques femmes chez lesquelles l'inflammation n'a pas une grande intensité, l'écoulement paraît tout-à-fait semblable aux fleurs blanches habituelles devenues seulement plus abondantes. Cet écoulement, lorsqu'il est récent et surtout lorsqu'il est puriforme, prend une odeur spéciale, fort désagréable, nauséeuse, et qui est caractéristique. Cette odeur, qui est surtout prononcée lorsqu'il y a complication de papules muqueuses, mais qui peut exister sans elles, je ne sais si elle indique une affection certainement virulente, essentielle-

(1) Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*, p. 27. Dans une publication récente, cet auteur établit au contraire que la vaginite est plus fréquente que l'uréthrite. (*Œuvres complètes de Hunter.*)

(2) Hunter, loco cit. p. 165.

ment syphilitique ; mais il est certain qu'elle suffit, sans autre signe, pour caractériser une blennorrhagie aiguë, et toujours contagieuse.

On sait que la contagion n'est pas un indice certain de la virulence, de la spécificité de la maladie. Quant aux signes propres à éclairer le diagnostic, sous ce dernier point de vue, ils sont aussi vagues chez la femme que chez l'homme, et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, que, dans l'état actuel de la science, une blennorrhagie aiguë étant donnée, sans aucune complication, il est généralement impossible d'en distinguer le caractère spécial. Mais il me semble que, dans cette ignorance, il est permis de fixer surtout son attention sur l'état aigu ou chronique de l'écoulement, distinction éminemment pratique. Une uréthrite est un accident assez fâcheux, chez l'homme, pour que la transmission de la blennorrhagie, indépendamment de ce qui peut la suivre ou l'accompagner, soit déjà une chose fort importante. Or, il est certain que toute blennorrhagie aiguë, quelle qu'en soit la cause, peut être contagieuse. Si elle est simple, c'est-à-dire sans complication, peut-elle occasionner, par suite de cette contagion, des accidents consécutifs ou primitifs spécifiques, en un mot, la vérole ? Les uns disent oui, les autres disent non. Quelle que soit la confiance que ces derniers paraissent avoir dans *cette loi*, je n'oserais m'y fier, et cependant il faut convenir que, dans le plus grand nombre des cas ils ont raison, et que si le chancre engendre volontiers le chancre, une blennorrhagie simple ne procure en général qu'une blennorrhagie simple. Quoi qu'il en soit, à la blennorrhagie aiguë, essentiellement contagieuse, on peut opposer la blennorrhagie chronique, d'autant moins contagieuse qu'elle est plus chronique, et que l'inflammation y prend une moindre part. Si cela est vrai, sous le point de vue de la transmission de la blennorrhagie prise en elle-même, il faut moins considérer sa nature ou sa cause intime que son état d'acuité ou de chronicité.

Dans la vaginite aiguë, la rougeur et la sensibilité de la muqueuse se dissipent ordinairement au bout de peu de temps. Il n'en est pas de même de l'écoulement qui a une grande tendance à passer à l'état chronique. Alors il reprend souvent les caractères qu'il avait à son début, et les malades se croient affectées de simples fleurs blanches. Quelquefois il conserve pendant long-temps l'aspect puriforme. L'état de grossesse est en général un obstacle à sa guérison. On a toujours remarqué que si la blennorrhagie, chez la femme, offrait moins de gravité que chez l'homme, il était d'un autre côté beaucoup plus difficile de l'empêcher de passer à l'état chronique. Cette différence dans la gravité de ces affections tient sans doute à la différence d'organisation ; quant à la tendance spéciale que la blennorrhagie, chez la femme, présente à passer à l'état chronique, ne peut-on pas s'en rendre compte par la prédisposition des sujets de ce sexe à l'existence d'un flux dans cette région, de même que, chez les vieillards tous prédisposés à une supersécrétion chronique de la muqueuse des bronches, il est très-difficile de s'opposer au passage à l'état chronique de la bronchite la moins grave ?

Il importe encore de savoir avec quelle facilité se reproduisent les écoulements vaginaux que l'on croit avoir le mieux taris. On voit souvent, chez des femmes sorties des hôpitaux, en apparence bien guéries, l'écoulement reparaître dès la première fois qu'elle se livrent au coït, et communiquer une blennorrhagie à celui qui croyait pouvoir compter sur une semblable garantie. Cette circonstance, jointe à la difficulté que l'on a en général à terminer le traitement des femmes de la basse classe, affectées de blennorrhagie, rend trop souvent illusoire le bienfait des hôpitaux de vénériens.

§ IV. *Blennorrhagie utérine* (*utérite du col.*) — La blennorrhagie, lorsqu'elle atteint l'utérus, demeure ordinairement bornée au col de cet organe. Je n'ai pas rencontré un seul cas où j'eusse lieu de croire que l'inflammation, même intense, qui occupait le col de l'utérus, eût gagné le corps de cet organe. Aussi je pense que M. Mercier, dans un mémoire intéressant sur la péritonite, considérée comme cause de la stérilité chez les femmes, a exagéré l'influence de la blennorrhagie sur la production de la péritonite ; les deux faits qu'il rapporte ne paraissent même pas très-concluants, car une péritonite peut très-bien se développer chez une femme affectée de blennorrhagie, sous l'influence d'une cause étrangère à cette dernière, et il faut noter que, dans le cas suivi d'autopsie, l'inflammation du vagin a été trouvée beaucoup moins vive autour du col utérin qu'à la partie inférieure de ce conduit.

L'inflammation simple du col de l'utérus, sans érosions granulées, se montre assez rarement indépendante de la vaginite. Il est, au contraire, très-fréquent, lorsque le fond du cul-de-sac vaginal est enflammé, de voir une partie ou la totalité du col de l'utérus participer à son inflammation.

Cette dernière s'annonce par la rougeur, la sécheresse, au début, du col de l'utérus, qui plus tard se couvre d'un rideau leucorrhéique, opaque, très-visqueux, et que l'on a beaucoup de peine à en détacher. Cette inflammation est généralement très-superficielle, simplement érythémateuse ; j'ai fort rarement observé le gonflement du col lui-même. Lorsque l'inflammation est intense, la rougeur très vive, la surface du col est parfois un peu saignante. Je n'ai jamais constaté d'une façon bien certaine de sensibilité au col de l'utérus. M. Cullérier dit que, lorsque l'inflammation du vagin gagne le col de l'utérus, il l'a trouvé chaud et sensible. M. E. Delmas l'a dans tous les cas trouvé

complètement insensible (1). Quelquefois la rougeur du col s'accompagne de légères érosions, très-superficielles.

La rougeur occupe tantôt la totalité, tantôt une partie seulement du col utérin : on la voit alors circonscrite, soit à une des lèvres du museau de tanche, soit au pourtour de son orifice ; souvent elle est nettement arrêtée sur ses bords.

L'exsudation, toujours très-visqueuse, tantôt transparente, tantôt opaque et puriforme, peut se faire, soit sur la face interne du col seulement, soit sur toute la surface du museau de tanche. Il est d'autant plus difficile de s'en débarrasser que la plupart des femmes chez qui on l'observe étaient déjà affectées de catarrhe utérin. Dans l'état de grossesse, on a souvent beaucoup de peine même à modérer l'écoulement qui se fait par le col de l'utérus. On le voit souvent, malgré tous les moyens que l'on peut employer, persister, abondant et puriforme, jusqu'après l'époque de l'accouchement.

DURAND-FARDEL, D.-M.

(La suite à un prochain numéro.

II. De la maladie mercurielle et de ses diverses formes considérées sous les rapports historique, pathologique, diagnostique et thérapeutique, par G. Ludwig Dieterich de Munich (Leipzig, 1837).

Historique. — La plupart des peuples, soit anciens, soit modernes, soit de l'Orient, soit de l'Occident, ont donné au mercure des noms qui rappellent ses propriétés physiques les plus frappantes, l'éclat et la liquidité. La connaissance de ce métal passa des Egyptiens aux Grecs ; il était rare chez les deux peuples, et très-probablement exclus des usages pharmaceutiques. Hippocrate n'en parle point ; Aristote et Théophraste le citent en passant ; Dioscoride le regarde comme vénéneux, et pense que par son poids il déchire les viscères.

Les Latins ne l'ont guère mieux connu : Pline lui attribue une propriété corrosive, sans doute à cause de l'action qu'il exerce sur l'or ; Galien le range au nombre des substances ennemies du corps humain, et qui ne peuvent jamais entrer dans les médicaments, en quelque proportion que ce soit. Aëtius décrit les symptômes de l'empoisonnement mercuriel, de manière à prouver qu'il n'en a jamais été témoin ; Paul d'Égine copie Aëtius et il ajoute : *Nonnulli tamen concrematum ipsum (argentum vivum) in cinerem, mixtumque aliis speciebus, potioni exhibuerunt.*

Les moyens de remédier aux accidents produits par le mercure ont été aussi ignorés des anciens que ces accidents eux-mêmes.

Ce sont les Orientaux et principalement les Arabes qui ont introduit ce métal dans la matière médicale. Rhazès l'employa le premier, après en avoir essayé l'effet sur un singe. Abou-Moussah-Dgiafar, qui vivait dans le VIIIe siècle, enseigna la préparation du sublimé corrosif, du précipité rouge et de l'eau régale. Abn-Mesouë fit avec l'huile et le mercure carbonisé par le feu une pommade contre la gale et la vermine. Rhazès et Abou-Dgerig recommandèrent cet onguent et d'autres semblables ; le premier nota, parmi les accidents produits par l'usage inconsidéré des préparations mercurielles, la paralysie, l'affaiblissement de l'ouïe et de la vue, le trouble de l'intelligence. Mirepsius d'Alexandrie, au IXe siècle, associa le mercure métallique à la graisse, et en fit usage à l'extérieur dans les affections vermineuses ; il faisait pratiquer les frictions dans la paume des mains et sous la plante des pieds.

L'usage du mercure était déjà fort répandu en Chine au XIe siècle, comme l'atteste l'auteur du *Pan-tsau-kang-muh*, et, dès le huitième siècle, un prince de la race de Tang l'avait fait entrer dans la composition d'un élixir d'immortalité qui ne l'empêcha pas néanmoins de mourir au bout de quatre ans. Les Chinois n'osaient pas employer les sels mercuriels à l'intérieur, ils proscrivaient même les frictions sur la tête, mais ils connaissaient les oxydes de mercure et les composés qu'ils forment avec l'acide hydrochlorique, l'acide nitrique, et l'acide sulfurique. Leurs connaissances et leurs préjugés sont à peu près au même point aujourd'hui qu'il y a huit cents ans ; un des reproches qu'ils font encore au mercure, c'est de détruire la faculté génératrice dans les deux sexes.

A la même époque, Ebn-Sina (Avicenne) partageait, sans les agrandir, les opinions de ses devanciers ; il observait, comme avant lui Abou-Dgerig, le tremblement mercuriel, la mauvaise odeur de la bouche, etc. ; Constantin d'Afrique, qui devait ce surnom au long séjour qu'il avait fait chez les Arabes, et qui traduisit plusieurs de leurs écrits pour l'école de Salerne, introduisit en Europe l'usage du mercure ; peut être aussi cet usage pénétra-t-il par l'Espagne. Du moins Alsaharavius, médecin espagnol contemporain, qu'on a mal à propos confondu avec avec Aboulcasis, est-il le premier qui ait décrit l'angine mercurielle, les ulcérations de la bouche, et qui ait parlé nettement de la salivation, des effets du sublimé corrosif administré à l'intérieur, etc.

Au XIIIe siècle, on voit le mercure employé par Gilbert en Angleterre, par Roger de Parme, et quelques autres en Italie.

Plus tard les médecins italiens reviennent aux idées de Dioscoride et de Pline, sur la nature corrosive et putréfiante du mercure ; en France, au contraire, Guy de Chauliac le regarde comme un moyen héroïque pour obtenir la cicatrisation des plaies. L'usage en devient commun dans les affections cutanées.

---

(1) *Gaz. méd.*, 15 sept. 1838.

Au xve siècle, la lèpre d'Orient disparaît et fait place à la syphilis ; ou plutôt cette dernière maladie n'est qu'une forme nouvelle de la première. Ainsi l'ont pensé quelques auteurs contemporains, Jacques de Catane et Edmond Morphœus : Larrey et Clarus ont professé de nos jours la même opinion. C'est en Espagne que cette transformation est observée pour la première fois; elle est favorisée par la chaleur du climat et par les misères de tout genre qu'à entraînées la longue lutte de la nation contre l'invasion des Arabes. C'est là aussi que le mercure, employé depuis si long-temps par les médecins arabes contre la lèpre et autres maladies de la peau, a dû être mis d'abord en usage contre la maladie vénérienne ; toutefois, un auteur allemand, Joseph Gruenbeck's, paraît être le premier qui ait parlé des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis. Cette priorité ne lui appartiendra plus sans doute, quand nous connaîtrons mieux la vieille littérature médicale espagnole ; car, dès 1502, Almenar parle des onctions mercurielles de manière à faire croire que cette méthode était connue depuis long-temps dans la péninsule. Elle devient générale en Europe dès le commencement du xvie siècle ; le mercure est employé non seulement en pommade, mais encore en bains et en fumigations. Les charlatans s'emparent de ce moyen héroïque ; entre leurs mains il produit des résultats dont Ulrich de Hütten nous a laissé un tableau effrayant, où l'on rencontre la première description un peu détaillée de la maladie mercurielle ; ces résultats, auxquels certains malades préféraient la mort, soulèvent une réprobation presque universelle contre le mercure ; un instant le gayac, récemment apporté d'Amérique, paraît devoir le remplacer ; quelques médecins, soit pour ne pas heurter le préjugé, soit pour en tirer parti à leur avantage, donnent à leurs malades des préparations dont ils se réservent le secret, et dont le mercure fait la base, bien qu'ils n'en conviennent pas. D'autres s'obstinent à l'employer non seulement ouvertement, mais encore à des doses incroyables, ils regardent la salivation comme une condition indispensable de la guérison ; les contradicteurs ne manquent pas; on dispute, non pas seulement sur l'opportunité du traitement métallique, mais encore sur le point où il doit s'arrêter, sur les formules qui présentent plus d'avantages ou moins d'inconvénients. Cette polémique dure trois cents ans. Presque tous les médecins y prennent part ; les hommes les plus distingués se partagent entre les deux camps : mais les partisans du mercure, aussi bien que ses adversaires, oublient ce qu'il y a de plus important, c'est-à-dire de combattre les accidents qu'il produit. Swediaur est en quelque sorte le premier qui, à la fin du siècle dernier, s'en occupe sérieusement ; mais ses théories iatro-chimiques l'égarent; c'est Hahnemann, ce grand agitateur de la médecine, qui a la gloire d'avoir découvert l'efficacité des préparations sulfureuses contre les poisons métalliques, et spécialement contre l'empoisonnement mercuriel.

Depuis lors un écrivain anglais, Mathias, a regardé l'hydrargyrose comme une maladie spéciale, il en a étudié les formes diverses, et les a rapportées à leur véritable cause, l'usage inconsidéré du mercure ; combattu par Wedemeyer, Simon et quelques autres, il a trouvé de puissants auxiliaires dans Hufeland, les deux Wendt, Travers, Fricke, Ammon, Desruelles, Handschuh, Bonorden, Oppert, Jüger, et surtout dans Kessler, auteur d'un traité remarquable sur l'infection mercurielle. La thérapeutique n'a pas marché relativement à cette affection du même pas que la nosologie; le traitement conseillé par Mathias est presque entièrement symptomatique ; Spangenberg a emprunté à Swediaur ses *moyens désoxydants* ; les antiphlogistiques, les purgatifs salins, les acides minéraux, l'iode, l'hydrochlorate d'or, l'électricité, le quinquina, les bains de mer, ont été conseillés tour à tour; mais on n'a pas suffisamment précisé les cas qui requièrent l'emploi de chacun de ces agents thérapeutiques.

Production (Genesis) et développement. — Le mercure est l'ennemi de toute action végétative ou organique ; il tue presque instantanément les animaux invertébrés; employé à haute dose ou pendant un certain temps, il n'est pas moins funeste aux vertébrés ; il provoque l'avortement (Colson), il détruit les animalcules spermatiques (Gaspard), il paralyse les mouvements des plantes sensitives (Mulder), il altère ou anéantit la vitalité des végétaux les plus robustes. Voici comment M. Dieterich explique cette action délétère.

Tous les êtres sont en lutte; chacun d'eux tend à imprimer à ceux avec lesquels il se trouve accidentellement en rapport le cachet de son individualité, et cette tendance est d'autant plus énergique que l'individualité est plus tranchée. De là une série d'actions et de réactions qui constituent, à proprement parler, tous les phénomènes de la nature ; ces efforts continuels d'assimilation, d'identification, se montrent clairement dans la manière d'agir des poisons animaux ; ils ne sont pas moins évidents dans celle des agents minéraux, soit médicateux, soit vénéneux. L'organisme lutte avec l'antagoniste qui lui est offert; vainqueur il l'expulse ou l'annihile; vaincu, il lui emprunte une nouvelle manière d'être, et abandonne la sienne propre ; ainsi, l'arsenic dessèche et durcit le corps humain, et le dérobe pendant de longues années à la putréfaction; le mercure, au contraire, le dissout en quelque sorte, et le fait tendre à l'état liquide.

A l'état métallique, le mercure n'agit guère que par son poids ou comme corps étranger. Il est trop hétérogène à nos tissus pour entrer immédiatement avec eux en réciprocité d'action; mais il s'oxyde promptement, ou

même passe à l'état de sel, par son contact avec la matière des sécrétions, soit cutanées, soit muqueuses, avec le sang dans les vaisseaux, avec l'air dans les poumons. C'est alors qu'il modifie puissamment les deux éléments principaux de la vie végétative, le sang et le système nerveux organique ; dissous dans le premier, il altère son aptitude électrique, et provoque la réaction du second, si sensible à toutes les modifications de l'électricité. Le système muqueux et le système glanduleux répondent les premiers à cet appel ; ils deviennent le siége d'une congestion ; l'absorption devient plus énergique, les sécrétions augmentent et leurs produits se modifient ; les mucosités sont moins complètement élaborées, plus limpides, plus séreuses ; la bile est plus foncée, plus liquide et plus odorante ; les matières fécales sont moins consistantes, et prennent une couleur verdâtre ; les urines se troublent, la perspiration, soit cutanée, soit pulmonaire, acquiert une odeur fade caractéristique. Si, à cette époque, on suspend l'emploi du mercure, l'organisme ne tarde pas à triompher, il expulse son ennemi principalement par la voie de la transpiration ; mais la vitalité du système nerveux et du système lymphatique conserve encore pendant quelque temps la surexcitation où l'a jetée la nécessité de se défendre. Cette surexcitation qui survit au besoin qui l'a créée se tourne contre l'organisme lui-même, et donne lieu aux dermatoses et aux affections glanduleuses qui suivent fréquemment les traitements mercuriels, et qu'on attribue faussement à la syphilis ; si, au contraire, on continue l'usage du mercure, l'organisme s'épuise et succombe dans la lutte avec un ennemi qui se renouvelle sans cesse ; son activité électrique s'anéantit, et la diathèse mercurielle se développe ; le sang est privé de fibrine, le mucus et l'albumine se transforment en sérum ; les tissus membraneux et glanduleux se congestionnent, se ramollissent, s'infiltrent ; les membranes d'enveloppe s'altèrent ; la muqueuse devient molle et saignante, elle abandonne les dents, se couvre d'ulcères etc. ; les organes fibreux offrent plus de résistance, mais il cèdent enfin ; les muscles deviennent spongieux, les tendons perdent leur raideur et leur élasticité, le périoste se boursouffle, abandonne ses points d'attache, se déchire çà et là ; les os eux-mêmes se gonflent et se ramollissent. La consistance du cerveau et de la moelle épinière diminue aussi en même temps que leur composition chimique subit une altération marquée ; cet étrange phénomène se lie à une manière d'être particulière de l'électricité. Aussitôt que la diathèse mercurielle est établie, les rapports électriques changent ; le sang qui, dans l'état normal, est électrisé négativement, acquiert par la présence du métal, une capacité remarquable pour le fluide positif, quelque chargé qu'il soit déjà de ce fluide ; la nature cherche à se débarrasser par l'intermédiaire des nerfs de cet excès d'électricité, mais ceux-ci ne peuvent suffire à leur tâche ; leur nutrition est incomplète et interrompue, l'action continue du mercure les charge sans relâche de fluide positif, et provoque ainsi les tremblements et même les convulsions.

Telle est la théorie de l'auteur ; tout en cédant à la nécessité d'en écourter l'exposition et d'en exprimer les développements, nous nous sommes efforcé de ne pas la rendre méconnaissable.

M. Dieterich se propose ensuite ces trois questions : 1° Le mercure employé, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, passe-t-il dans le torrent de la circulation ? 2° Par quelle voie est-il éliminé ? 3° Est-il vrai que, pendant son séjour dans le corps humain, il abandonne les composés dont il faisait partie, et repasse à l'état métallique ?

Pour répondre à ces trois questions, il s'appuie principalement sur les expériences des autres ; il en a peu fait lui-même. A l'époque où a paru son livre, il se promettait de se livrer à des investigations sérieuses et d'en publier les résultats dans les journaux scientifiques. Ces travaux, s'ils ont été exécutés, ne sont pas parvenus à notre connaissance.

Ceux qui ont cherché à retrouver le mercure métallque dans le sang et dans les matières excrémentitielles des individus soumis à un traitement mercuriel ont obtenu des résultats très-différents, suivant qu'ils ont procédé par la voie sèche ou par la voie humide. En traitant par la première méthode le sang recueilli, soit pendant la vie, soit après la mort, le sérum, la salive, la bile et l'urine, on a le plus souvent retrouvé le mercure en globules, mais en fort petite quantité ; quelquefois on n'a reconnu sa présence qu'aux taches produites sur l'or et le cuivre par le contact immédiat des liquides ci-dessus indiqués, ou des vapeurs qu'on en dégageait par l'opération ; au contraire, quand ces matières ont été traitées par les réactifs, jamais ou presque jamais la présence du métal n'a été trahie. Les résultats ont été les mêmes, soit que le malade ou l'animal qui avait fourni la matière de l'expérience eût été soumis à des frictions avec le mercure uni à l'axonge, soit qu'il eût pris à l'intérieur le calomel ou le sublimé corrosif ; un fait à noter, c'est que, lorsqu'on a agi séparément sur le caillot et sur le sérum du sang, c'est toujours dans le premier et jamais dans le second que les traces du métal se sont fait reconnaître. M. Dieterich regarde comme une condition indispensable du succès, dans les recherches de ce genre, la destruction complète des combinaisons organiques des matières soumises à l'analyse ; Büchner, dans sa *Toxicologie* avait déjà posé la même règle. C'est parce qu'elles ne remplissent point cette condition, que les expériences tentées pas les réactifs n'ont offert jusqu'ici que des résultats négatifs ; le métal,

appliqué à l'extérieur, par exemple, subit un premier degré d'oxydation, puis il passe dans le torrent circulatoire, directement par l'absorption veineuse, médiatement par les vaisseaux absorbants et lymphatiques; enfin il se combine avec le cruor par l'intermédiaire de l'oxygène; alors seulement se développe sa puissance destructive. Une expérience facile peut servir à rendre plus sensibles les phénomènes mentionnés ci-dessus; si l'on plonge un muscle frais dans une dissolution de sublimé corrosif, ou même si on l'en arrose légèrement, il pâlit, prend un aspect blanchâtre et une consistance plus marquée. A l'analyse, il donne de l'acide hydrochlorique, mais on n'y retrouve pas un seul atome de mercure.

Büchner a donc eu tort d'affirmer que le mercure se désoxyde avant de passer dans le sang; c'est l'inverse qui a lieu; le *métal mort* ne saurait entrer en réciprocité d'action avec l'organisme; s'il ne changeait d'état, il serait éliminé comme tout autre corps étranger; s'il en était autrement, comment un corps qui a si peu d'affinité pour les tissus et les liquides vivants se combinerait-il avec eux de manière à ne pouvoir en être séparé par la chimie, sans que leur constitution organique soit préalablement détruite?

Cette combinaison du mercure avec le sang ne pourrait subsister long-temps sans que l'organisme succombe; il faut de toute nécessité qu'elle cesse, que le mercure perde son oxygène, repasse à l'état métallique, et soit rejeté au dehors. Cette élimination se fait probablement par toutes les voies excrétoires; néanmoins elle a lieu, sinon exclusivement, au moins presque en entier par la transpiration. On en trouve la preuve dans la prompte altération des pièces de monnaie mises en contact avec la peau des individus soumis à un traitement mercuriel intérieur, ou même contenues dans leurs vêtements. Quelques auteurs ont même parlé de sueurs dans lesquelles le mercure se trouvait en assez grande abondance pour se réunir en globules, et Bruckmann de Brunswick, entre autres, cite une dame chez qui ce phénomène extraordinaire fut observé à la suite d'un bal. La préférence que la nature accorde à la transpiration pour l'élimination du mercure explique jusqu'à un certain point pourquoi on le rencontre en si petite quantité dans les autres matières excrémentitielles. Enfin, s'il faut croire les écrivains du seizième siècle qui se sont occupés de la syphilis, on aurait plus d'une fois, à l'autopsie, retrouvé le mercure à l'état métallique dans les articulations et dans d'autres cavités. Girtanner assure que cette opinion, assez répandue de son temps, commençait dès lors à passer de mode.

Quoi qu'il en soit, les théories de Hunter, de Swediaur, de Spangenberg, de Mathias, etc., sur la nature de la maladie mercurielle, ne peuvent plus être admises; il ne s'agit point ici d'une suroxygénation ou d'une surhydrogénation, d'une inflammation fébrile ou apyrétique, etc.; il est question d'une maladie *sui generis*, qui a sa forme et ses caractères spécifiques aussi bien que la goutte et le rhumatisme. Elle imprime une modification toute particulière aux propriétés vitales, elle altère l'état électrique normal de l'organisme, elle affaiblit la vie animale et la rapproche de la vie organique, elle n'épargne pas davantage celle-ci, elle soumet le sang à un commencement de décomposition, elle dégrade les fonctions nutritives par les changements qu'elle apporte au mode d'activité du système nerveux ganglionaire, elle appartient donc à la classe des *dyscrasies*, et elle est loin d'y occuper le dernier rang.

Elle est rarement accompagnée de fièvre; quand celle ci se développe, elle affecte le type rémittent, et se manifeste surtout, 1° quand l'ingestion du mercure a été considérable en peu de temps, quand la préparation employée s'éloigne peu de l'état métallique, 2° chez les adultes, 3° chez les individus sanguins, 4° chez ceux qui sont déjà affectés de scrofules, de goutte, d'hystérie, etc., 5° quand le mercure est administré à l'intérieur ou à l'état de vapeur; elle précède la salivation, et accompagne l'éruption de l'exanthême mercuriel. Il ne faut pas la confondre avec la fièvre secondaire, qui s'associe à certaines formes du mercurialisme, ni avec la fièvre hectique, qui annonce la terminaison funeste et prochaine de la maladie.

Le mercurialisme peut être local, et rester tel pendant un certain temps; c'est ce qu'on observe dans le traitement des ulcères syphilitiques par le calomel, le précipité rouge et surtout par le sublimé. Mais souvent il se propage et s'étend d'abord aux organes glanduleux, ce qui fait croire quelquefois au développement de bubons vénériens; quand le mercure est donné à l'intérieur, l'extension de la maladie est plus rapide. On a vu plus haut dans quel ordre elle envahit les divers systèmes de l'économie.

Complication. — La syphilis complique fréquemment l'hydrargyrose; cette funeste association échappe à beaucoup de médecins, qui ne voient dans les phénomènes produits par le mercure qu'une variété de la maladie vénérienne, à laquelle ils donnent les noms de pseudo-syphilis, de cachexie syphiloïde. Tantôt les symptômes syphilitiques, loin de s'amender sous l'influence du traitement, prennent un caractère de plus en plus fâcheux; tantôt ils paraissent céder, et c'est après une guérison trompeuse qu'apparaît une nouvelle série de phénomènes, les uns vénériens, les autres mercuriels. Les cas de ce genre présentent de grandes difficultés; mais, dans le doute où le médecin se trouve placé, au lieu de recourir, comme on le fait souvent, à un traitement mercuriel énergique, n'est-il pas plus sage de remé-

dier d'abord aux accidents que ce traitement a déjà produits?

Compliqué de scrofule, le mercurialisme revêt ses formes les plus fâcheuses; alors se montrent les bubons, les périostoses, les ulcères rongeants des membranes muqueuses, les engorgements des glandes mésentériques, les hydropisies, etc.

Les traitements mercuriels accélèrent souvent le retour des accès de goutte ou en prolongent la durée; plus souvent encore, ils transforment la goutte régulière en irrégulière. Quand cette complication a lieu, le gonflement de l'articulation malade présente une tension beaucoup moindre, et comme une sorte d'empâtement, une couleur plutôt bleuâtre que rosée; les douleurs sont continues le jour et la nuit, dans le lit et hors du lit; la sensibilité au changement de température est excessive; l'arthrocace purement mercurielle se distingue par l'absence de phénomènes abdominaux, par celle de la douleur quand le membre est en repos ou soumis à la chaleur du lit, par celle des sueurs nocturnes et du dépôt des urines.

L'hydrargyrose s'associe au rhumatisme, soit aigu, soit chronique, mais surtout à ce dernier; alors les douleurs sont déchirantes, continues, mais erratiques, ou envahissant tous les muscles; elles ne cèdent jamais aux topiques irritants; les bains chauds ou froids les aggravent, le plus léger courant d'air les rend atroces. Les périostoses, les névralgies, accompagnent souvent cette complication.

Enfin le scorbut, les inflammations chroniques, érysipélateuses, catarrhales, aggravent et masquent fréquemment les effets de l'intoxication mercurielle.

Étiologie. — Certaines causes favorisent l'action délétère du mercure: les plus communes sont une constitution lymphatique, la rudesse et la sécheresse habituelle de la peau, l'usage du métal et de ses préparations continué long-temps à petite doses, le défaut de propreté, les écarts de régime, le refroidissement subit, et toutes les circonstances qui enraient l'activité de la peau.

Marche et terminaison. — La durée de la maladie mercurielle est indéterminée. Sa marche est le plus souvent chronique; si quelquefois elle revêt tout d'abord un caractère aigu, elle ne tarde pas à le perdre et ne le reprend jamais; elle présente des périodes bien tranchées de rémission et presque d'intermission, dues principalement à l'élévation de la température et à la sévérité du régime. Elle se termine le plus ordinairement par des évacuations critiques, par les sueurs, la salivation, les sels et les urines; elle laisse souvent après elle des hypertrophies du foie, des indurations des glandes, des gonflements des os, une vive susceptibilité du système nerveux. Elle donne naissance à des suppurations du foie, du poumon, du cerveau, à divers exanthèmes, à l'hydropisie, à l'atrophie de la moelle, aux anévrismes, aux ulcères cancéreux, aux affections nerveuses de toute espèce, et notamment à la folie; aiguë, elle entraîne la mort par épuisement rapide des forces, par apoplexie, par oppression de l'innervation, par ramollissement du cerveau; chronique, elle l'amène lentement à la suite de l'affaiblissement progressif, de la fièvre hectique, etc.

Pronostic. — Favorable quand la constitution du malade est saine, vigoureuse, peu irritable, quand les premiers symptômes de la maladie ont succédé promptement à l'emploi du mercure, quand les glandes sont seules affectées, quand les complications se réduisent à l'inflammation ou à la syphilis; le pronostic est grave, au contraire, dans les circonstances opposées. L'enfance, la chaleur de la saison ou du climat, sont des conditions heureuses.

Traitement (indications prophylactiques). — Elle se réduisent à surveiller avec une attention minutieuse les effets de tout traitement mercuriel, en quelque petite quantité que le métal soit employé, et à ne négliger, pour les ouvriers qui travaillent sur le vif argent, aucune des précautions indiquées par l'hygiène.

Indication de la cause. — On doit se proposer non de neutraliser le mercure, mais de l'expulser. Il faut donc, avant tout, en suspendre l'emploi et tenir ouvertes les voies par lesquelles il est ordinairement éliminé. On nettoie la peau avec de l'eau de savon, on administre des bains, on fait changer souvent de linge, on aère l'appartement, on l'assainit en y faisant brûler du soufre. Si le mercure a été pris à l'intérieur, on prescrit des purgatifs salins, ou même le tartre stibié (Heim); enfin on a recours aux sudorifiques les mieux appropriés aux circonstances dans lesquelles le malade se trouve placé.

Le soufre n'est point l'antagoniste du mercure; les bons effets qu'on en obtient dans l'hydrargyrose dérivent, non d'une propriété spécifique, mais de l'action incontestable qu'il exerce sur les sécrétions; mais cette action suppose encore une certaine énergie dans les organes, aussi le soufre est-il sans vertu dans la période avancée de la maladie, à moins qu'on ne lui associe les toniques. On emploie en général la fleur de soufre ou le foie de soufre, soit à l'intérieur, soit en bain; cette médication doit être surveillée, car elle augmente l'altération du sang, favorise les congestions et les hémorrhagies, et provoque l'éruption de l'exanthème mercuriel. Steglehner a vu deux fois l'ostéomalaxie survenir après l'emploi des bains sulfureux.

Indication de la maladie. — La nature même des phénomènes morbides trace au médecin la route qu'il doit suivre; il faut qu'il régularise l'activité vitale déviée, qu'il

modère l'irritabilité exagérée, qu'il ramène les sécrétions à l'état normal; qu'il rétablisse le sang dans sa condition primitive, qu'il favorise la réaction de l'organisme et la maintienne dans de justes bornes, son attention doit se porter d'abord sur la fièvre d'invasion. Si elle a le caractère *éréthique*, les soins hygiéniques, la diète, les boissons délayantes, au pis aller l'opium employé avec beaucoup de ménagement, sont ce qu'il y a de mieux à prescrire. Du quinzième au trentième jour, la crise a lieu par la sécrétion salivaire, par les sueurs, par l'éruption mercurielle, etc., et la fièvre s'éteint; si elle est inflammatoire, c'est le cas de recourir aux antiphlogistiques, aux saignées locales ou générales; ici l'emploi des purgatifs salins ne saurait convenir. Quand la fièvre revêt la forme adynamique, l'emploi des acides minéraux est indiqué; quand la crise est passée, ou du moins quand elle approche de son terme, les toniques aromatiques et astringents sont utiles.

Quand le mercurialisme affecte la forme apyrétique, les indications à remplir sont les mêmes que lorsque la fièvre éréthique se manifeste; seulement elles sont plus ou moins impérieuses suivant le degré de la maladie. On a conseillé le suc de laitue, l'opium, l'or, le fer et l'électricité; M. Dieterich préfère le suc de laitue à l'opium, parce que le premier de ces médicaments n'enraie point les sécrétions et paraît même favoriser celle de l'urine; il l'administre en poudre à la dose de un, deux et même trois grains par jour; il recommande de se défier des doses trop faibles qui ne modifieraient point les rapports électriques de l'organisme; sous l'influence de ce moyen thérapeutique, les symptômes, soit généraux, soit locaux, ne tardent pas à s'amender; et l'on n'a pas à craindre les effets que l'opium produit sur le système sanguin.

Cependant l'opium a été recommandé par Hahnemann, et à doses très rapprochées, ce qui ne se concilie guère avec les théories homéopathiques: mais l'homéopathie n'était pas encore inventée.

Chrétien, en France; Ohdelius, en Suède; Spiritus et Lehmann, en Allemagne, ont vanté l'or comme succédané du mercure dans le traitement de la maladie vénérienne. M. Dieterich pense, avec Hücker, que ce métal précieux n'a jamais réussi que contre les phénomènes secondaires qu'on attribue faussement à la syphilis, et qui sont en réalité la conséquence du traitement mercuriel; il affirme que dans quinze cas de syphilis secondaire, dans lesquels on n'avait point employé le mercure, l'or n'a amené aucune modification heureuse, quoiqu'il ait été porté à la dose d'un tiers de grain par jour: tandis qu'une femme chez qui un traitement mercuriel, dirigé contre la leucorrhée, avait déterminé des ulcérations avec carie des os, au front et à la poitrine, a été guérie complétement après avoir pris dix-sept grains d'or. Puché a guéri par le même moyen un doreur sur métaux qui avait contracté la maladie mercurielle dans l'exercice de sa profession. L'action de l'or est diamétralement opposée à celle du mercure; il place l'organisme sous l'influence de l'électricité négative, il ravive l'appétit et la puissance assimilatrice, il augmente la cohésion du sang; développe l'action artérielle, et rend l'énergie à toutes les fonctions; aussi l'usage en est-il particulièrement indiqué dans les cas où le mercurialisme a jeté le malade dans un état cachectique, et chez les individus naturellement peu irritables. On se sert généralement de l'hydrochlorate ou du prussiate; suivant Puché, ce dernier est moins excitant; M. Dieterich conseille d'employer l'hydrochlorate en frictions sur la base de la langue et sur la face interne des joues; il élève graduellement la dose de un douzième à un tiers de grain, et il assure qu'il n'a jamais observé les accidents que quelques médecins ont attribués à des doses beaucoup moindres de ce médicament. Spiritus administrait l'hydrochlorate d'or à l'intérieur de la manière suivante:

Prenez :
Hydrochlorate d'or, grain j. (5 cent.)
Faites dissoudre dans :
Eau de mélisse, once j. (32 gr.)
Ajoutez :
Sirop de camomille, dragmes ij. (8 gr.)

A prendre par cuillerées à café, de deux heures en deux heures.

Groezner prescrit les pilules ci-après :
Prenez :
Hydrochlorate d'or, grain iv. (20 cent.)
Faites dissoudre dans
Eau distillée, quantité suff.
Extrait d'aconit, demi-scrup. (60 cent.)
Extrait de tige de douce amère, dragme j. (4 gr.)
Poud. de racine d'althæa, quant. suff.
Pour faire quatre-vingts pilules.

On prendra trois fois par jour trois pilules,

La formule des pastilles de Chrétien est trop connue en France pour que nous la transcrivions.

L'action du fer sur l'hématose est encore plus marquée que celle de l'or. Horn est le premier qui l'ait employé contre de vieux ulcères vénériens compliqués de mercurialisme. Il cite six exemples de guérison.

Ses premiers essais remontent à 1812; il se servit d'abord du malate, puis de la teinture d'hydrochlorate de fer. L'hydrate de protoxyde de fer est préférable, mais il faut qu'il soit récemment préparé, car il ne tarde pas, même dans les vases les mieux fermés, à subir un second degré d'oxydation, et alors il est trop éloigné de l'état métallique pour que son action se développe: l'usage en est surtout avantageux dans le mercurialisme invétéré. Dans les névralgies, le carbonate de fer est plus convenable. Buchner lui reproche, avec raison, d'abandonner trop faci-

lement son acide carbonique ; pour parer à cet inconvénient, on peut le faire prendre dans une solution de carbonate de chaux, qu'on édulcore, pour en masquer le goût, avec le sirop de suc ou de guimauve. Le fer ne provoque pas de crises dans le mercurialisme, à moins que ce ne soit par les selles.

Schmaltz avait observé quelques faits qui semblaient prouver que l'électricité, utile dans la syphilis, aggravait au contraire la maladie mercurielle.

Werneck a obtenu des résultats plus satisfaisants, et ses expériences ont démontré que l'électricité sollicite énergiquement la réaction de l'organisme et l'élimination des substances hétérogènes qui y sont introduites ; Folchi a prouvé, après Oken, que les nerfs sont les conducteurs du fluide électrique. Enfin, Davy nous a fait connaître la mobilité singulière qu'imprime au mercure un courant de ce fluide ; ces circonstances, rapprochées de ce qui a été dit précédemment, peuvent faire suspecter les observations de Schmaltz, ou du moins les conclusions qu'il en tire. M. Dieterich n'a employé l'électricité que dans des cas de tremblement mercuriel assez graves pour faire craindre la paralysie ; son but était d'agir, non sur une partie isolée, mais sur le système nerveux organique tout entier. Il entourait le bas-ventre du malade d'un fil métallique, recouvert d'un fil de soie, et dont l'extrémité était mise en rapport avec une forte machine électrique ; le malade recevait ainsi un courant ou des étincelles d'électricité négative. Dans les premières séances, il se contentait du plus léger effet obtenu, ensuite il poussait successivement l'opération jusqu'à produire une transpiration abondante.

Le sulfate de zinc est avantageux dans la forme névralgique du mercurialisme. L'auteur recommande de n'en pas faire usage long-temps, et de ne pas dépasser la dose d'un demi-grain, répété deux ou trois fois par jour.

Le régime est de la plus haute importance : il constitue à lui seul la moitié du traitement ; en général, il doit être substantiel, mais on conçoit qu'une foule de circonstances peuvent exiger de nombreuses modifications.

Indication des complications.—La complication de la maladie mercurielle avec la syphilis est celle qui jette le praticien dans la plus grande perplexité ; la première idée qui se présente à lui est naturellement de recourir aux moyens reconnus efficaces contre les deux affections.

Parmi ces moyens, la salsepareille tient un des premiers rangs ; elle fait la base de plusieurs préparations, et notamment de la décoction de Zittmann, tant recommandée par Chelius et Jaeger, et dont l'efficacité est démontrée malgré la singularité de sa composition. On sait qu'il y entre du sulfate d'alumine et de potasse, du carbonate de plomb, du sulfate de zinc, du sulfure rouge de mercure, et du calomel.

M. Dieterich a voulu savoir quelle action ces divers composés exercent les uns sur les autres dans la décoction ; il a trouvé que le carbonate de plomb se transforme en sulfate de plomb aux dépens de l'alun, que le sulfate de zinc reste dissous dans le liquide, que le protochlorure de mercure et le cinabre ne subissent aucune altération ; la presque totalité de ces deux composés se précipite au fond du vase ; M. Dieterich propose de les supprimer.

Quand les organes fibreux ou les os sont affectés, la décoction de Zittmann, celle de Vigaroux, etc., sont des remèdes impuissants ; alors il faut recourir aux robs de Laffecteur, à la décoction de Sainte-Marie, aux acides minéraux, et particulièrement à l'acide nitrique et à l'acide phosphorique ; Jahn et Martini recommandent la teinture anti-miasmatique de Kœchlin (hydrochlorate de cuivre) ; Werneck vante l'électricité. Il a déjà été question de l'or. Oppert propose d'employer à la fois le deuto-chlorure de mercure à l'intérieur et à l'extérieur, en alternant avec les acides minéraux et les sels purgatifs, les diurétiques et les diaphorétiques. Louvrier, Wendt, Rust, Simon et plusieurs autres, conseillent d'enrayer d'abord les accidents mercuriels, puis de faire subir au malade un traitement anti-syphilitique régulier, soit par les frictions, soit par le précipité rouge combiné avec l'antimoine, et donné à doses croissantes ; on voit qu'ils sont préoccupés de l'idée que la complication dont il s'agit ici doit sa naissance à un traitement mercuriel mal dirigé, interrompu à plusieurs reprises, ou entravé par des écarts de régime. Au reste, l'expérience a parlé en leur faveur, et nous nous abstiendrons de suivre M. Dieterich dans l'exposition de la théorie par laquelle il explique leurs succès, mais nous n'omettrons pas ses recommandations. Il veut 1° qu'on s'assure bien que les symptômes regardés comme syphilitiques ne sont pas mercuriels ; 2° qu'on ait la certitude que le malade n'est pas idio-syncratiquement inaccessible à l'action anti-syphilitique du mercure ; 3° qu'il soit bien établi que le traitement mercuriel à la suite duquel se sont manifestés les accidents a été incomplet et irrégulier ; 4° qu'il n'existe pas de diathèse scrofuleuse ou goutteuse ; 5° que les forces du malade soient appréciées aussi exactement que possible.

La complication scrofuleuse doit être combattue par l'or, par le fer, par les bains de mer, etc.

Les sudorifiques, les eaux sulfureuses conviennent à la complication goutteuse ; l'opium, l'électricité, les topiques chauds, mais non pas irritants, les bains de vapeur russes, sont d'une grande utilité dans la maladie mercurielle, compliquée de rhumatisme. La goutte, le rhumatisme, les scrofules, excluent l'emploi des acides minéraux.

Quand le scorbut s'associe à l'hydrargyrose, on doit recourir aux toniques, aux excitants diffusibles, aux vins généreux; enfin on oppose à l'érysipèle l'opium, la salsepareille, les acides minéraux, le sulfate de zinc, et plus tard les bains de mer; à la complication catarrhale, l'opium, le sulfate de zinc, le séjour dans les pays chauds, l'électricité, les bains de rivière, les lotions froides; à l'inflammation aiguë, les anti-phlogistiques, les dérivatifs, le nitre, les laxatifs, la thridace; à l'inflammation chronique, l'or, le fer, l'électricité et toute la série des excitants et des toniques.

La maladie mercurielle est une sous le rapport de la cause qui la produit; mais elle se présente sous des formes très variées; de ces formes, huit ont une marche aiguë; vingt-six au contraire affectent une marche chronique. Dans l'incertitude où nous sommes d'obtenir assez d'espace pour les décrire toutes, même en abrégé, nous allons du moins les énumérer.

Parmi les formes aiguës, M. Dieterich compte la fièvre mercurielle, la salivation, le ptyalisme pancréatique, l'urorrhée mercurielle, l'hydrosis (sueurs mercurielles), les exanthèmes, l'eczema, la miliaire, l'empoisonnement par le sublimé corrosif. Les chroniques sont les états congestionnaires de la conjonctive, de l'iris, de la rétine, de la gorge, du périoste; les hypertrophies ou engorgements des glandes inguinales et axillaires, des parotides, du pancréas, des glandes mésaraïques, du testicule et du foie, le condylome et le ganglion, l'herpès mercuriel du prépuce, les pustules (psydracia), l'impetigo, les ulcères des membranes muqueuses, des membranes fibreuses et des glandes; les névralgies, l'asthme, le tremblement, le bégaiement, la paralysie, l'amaurose, l'apoplexie, l'hypochondrie, et enfin la cachexie mercurielle.

Formes aiguës. — Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons déjà dit de la fièvre mercurielle. La salivation est commune, et les désordres qui l'accompagnent sont connus; M. Dieterich discute longuement les conseils thérapeutiques des nombreux auteurs qui se sont occupés de cette affection, et il conclut que les indications à remplir sont au nombre de quatre : la première est de faire cesser la congestion sanguine locale, directement par des applications de sangsues, indirectement en provoquant les sueurs par les bains chauds et les infusions théiformes, les selles par de simples lavements vinaigrés; les purgatifs ont l'inconvénient de favoriser la diarrhée. L'opium, à la dose d'un grain toutes les quatre heures, calme la douleur et enraie la sécrétion sans produire d'accident. La seconde indication est de combattre l'atonie des glandes salivaires : l'iode et la créosote y répondent parfaitement. Cette dernière substance peut être administrée comme il suit :

Prenez :

Créosote,	un demi-gros.
Poudre de lycopode,	deux gros.
Mucilage,	quant. suff.

Faites soixante pilules, dont on prendra six en deux fois le premier jour; on augmente graduellement la dose, et dès le cinquième jour on peut donner jusqu'à quinze pilules en trois fois. La troisième indication est d'attaquer directement l'affection locale, ce qui est difficile les premiers jours, à cause du gonflement et de la douleur; plus tard on y parvient au moyen des gargarismes avec l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, etc.; des poudres dentifrices dans lesquelles entrent le quinquina, le soufre, etc. On remplit la quatrième indication, qui est de rendre aux parties affaiblies et devenues sensibles outre mesure, le rhythme normal qu'elles ont perdu, en employant les gargarismes toniques et astringents, et en suivant le traitement général ci-dessus indiqué. Ce chapitre, comme on voit, n'est ni le meilleur ni le plus neuf du livre que nous analysons.

Le ptyalisme mercuriel pancréatique, abdominal, la sialorrhée alvine a été confondue jusqu'ici avec la diarrhée mercurielle qui l'accompagne le plus souvent; néanmoins elle peut exister seule. Fabrice de Hilden en cite un exemple; elle s'annonce par une douleur dans l'hypochondre gauche, laquelle s'étend progressivement vers l'épigastre; des gaz infects s'échappent et sont bientôt suivis de selles séreuses, écumenses, blanchâtres ou verdâtres. Les yeux sont languissants, la face pâle, la bouche sèche, infectée d'un goût fade ou même métallique, la soif vive, la peau froide, le pouls petit et rapide; plus tard les coliques deviennent plus intenses, la région du pancréas est le siége d'une douleur brûlante qui s'accroît par le plus léger attouchement, etc., etc. Ici les sangsues seraient inutiles; les bains, les excitants de la peau sont indiqués; les mucilagineux auquels on ajoute quelques gouttes de teinture d'opium, puis les astringents, la racine de colombo, le baume du Pérou seront d'un grand secours; l'iode, quand il n'existe pas de tendance à l'inflammation, l'acétate de plomb à la dose d'un demi-grain toutes les trois heures, les lavements d'amidon, enfin les toniques et les analeptiques constituent le reste du traitement.

Schlichting a cité deux cas d'urorrhée ou diabétès mercuriel; la sécrétion urinaire revint au type normal dès qu'on discontinua l'emploi du mercure.

L'hydrosis s'annonce par la céphalalgie, l'éclat larmoyant de l'œil, la coloration maladive des joues, la sécheresse de la langue, la chaleur de la peau, la rapidité du pouls, la diminution des urines et la constipation; à ces phénomènes succèdent des sueurs générales et abondantes, tachant le linge en jaune, et exhalant une odeur *sui generis;* ces sueurs disparaissent ou s'amoindrissent au bout de

vingt-quatre à trente six heures ; elles reparaissent si l'on persiste à faire usage du mercure, et même lorsqu'on y renonce, elles ont une grande tendance à se reproduire. Il va sans dire qu'il ne faut point les attaquer trop vite, bien moins encore s'exposer à une répercussion ; quand elles deviennent trop abondantes on a recours aux astringents, aux bains de mer ou de rivière, et ensuite au traitement général précédemment indiqué.

Exanthèmes. —Parmi les exanthèmes auxquels le mercure donne naissance, l'eczema est un des plus remarquables. Alley est le premier qui l'ait décrit, bien que plusieurs médecins, à ce qu'il paraît, l'aient observé avant lui. M. Dieterich en reconnaît deux espèces, l'eczema critique et l'eczema symptomatique; ce dernier débute par une rougeur érysipélateuse de la peau, sur laquelle se dessinent des lignes blanches nombreuses, irrégulières ; la partie est le siége d'une chaleur brûlante; les plaques rouges se recouvrent ensuite d'aspérités, visibles seulement d'abord à la loupe, mais faciles à percevoir par le toucher. Ce sont autant de boutons qui, dès le second jour de leur apparition, s'accroissent, s'emplissent d'une sérosité jaunâtre, pâlissent le troisième jour, se dessèchent le quatrième, et donnent lieu le cinquième à une desquammation furfuracée. Si l'on continue l'emploi du mercure, la démangeaison et la chaleur deviennent insupportables, les vésicules se développent et deviennent de véritables pustules, la fièvre s'allume, et de nouvelles éruptions du même genre se manifestent successivement sur diverses parties du corps. Cet exanthème peut devenir chronique, et s'accompagner d'une diarrhée colliquative qui entraîne la mort. L'eczema critique s'annonce par la fièvre mercurielle, par une sécheresse des narines et de la gorge, généralement peu marquée, mais qui l'est quelquefois assez pour faire croire à un état inflammatoire. Vers la fin de cette première période qui dure trois ou quatre jours, le malade éprouve de vives démangeaisons dans les plis des articulations, dans le voisinage des parties génitales, etc. L'éruption commence comme dans l'eczema symptomatique; mais, le quatrième jour, les parties malades sont le siége d'une exsudation abondante, fétide, qui pénètre et durcit le linge ; le cinquième jour, l'épiderme se détache par larges plaques ; mais l'éruption se manifeste sur d'autres points, et les premiers affectés continuent à se couvrir de la même exsudation qui vient sans cesse interrompre la formation de l'épiderme, et perpétue ainsi la maladie. Le traitement consiste dans la suppression de l'emploi du mercure, et dans l'administration des bains tièdes, des légers laxatifs, et plus tard des toniques, des bains astringents, etc.

La miliaire se lie à une altération marquée du système nerveux. Un mouvement fébrile incomplet, une anxiété remarquable, précèdent l'éruption qui se manifeste à la poitrine, au dos, puis aux lombes, sous la forme de vésicules petites, blanches, confluentes, et qui s'accompagnent de symptômes nerveux tels que l'insomnie, le délire, et même les convulsions. Le pouls est petit, mou, facile à déprimer ; l'urine pâle ; la peau se couvre d'une sueur fade ; l'exanthème parcourt ses périodes dans certains points ; dans d'autres il disparaît, se montre de nouveau pour s'éteindre et reparaître encore. Cette forme du mercurialisme se termine ordinairement par la mort qu'amènent promptement l'épuisement de l'innervation ou les engorgements pulmonaires dus à la répercussion de l'exanthème. Les indications à remplir sont de fixer le travail morbide à la peau, de prévenir l'altération du sang, et de combattre les accidents nerveux. (V. ci-dessus le traitement général.)

M. Dieterich n'ajoute rien à ce que l'on sait sur l'empoisonnement par le sublimé corrosif.

Formes chroniques. Congestions.—La conjonctivité mercurielle se présente sous la forme d'un cercle lilas au bord de la cornée. Ammon est le premier qui en ait parlé. Elle précède ordinairement la salivation et disparaît quand celle-ci s'établit.

L'iritis mercurielle a été étudiée par Travers, Vetch, Krüger, Robertson et Merklin. Quelques auteurs en ont nié l'existence; d'autres ont pensé qu'elle n'est pas le produit de l'usage seul du mercure, mais qu'elle doit sa naissance à la combinaison du mercurialisme et de la syphilis, à l'existence d'une prédisposition inflammatoire, catarrhale, etc., ou bien à l'action d'une cause accidentelle, comme l'impression du froid. Elle a son siége tantôt dans la membrane de l'humeur aqueuse, tantôt dans le parenchyme même de l'iris. Dans le premier cas, on voit les vaisseaux qui rampent sur la sclérotique dans le voisinage de la cornée, se dilater et prendre une couleur bleuâtre ; cette nuance est encore plus tranchée sur les vaisseaux de la conjonctive ; l'œil se remplit de larmes, il est très-douloureux ; quelques vaisseaux se dessinent sur la face interne de la cornée. Vers le septième jour l'humeur aqueuse devient trouble ; la cornée perd son éclat, des flocons filiformes s'agitent derrière l'iris ; la pupille se déforme et devient anguleuse. La couleur de l'iris est altérée, mais jamais autant que dans l'iritis simplement inflammatoire. Quand le parenchyme même de l'iris est malade, les symptômes sont à peu près les mêmes, mais la douleur est plus vive ; elle s'étend au front, elle fait naître à la fois une sensation de pression et de brulûre ; la couleur de l'iris s'altère dès le second jour, la pupille est très-contractile, l'impression de la lumière plus pénible. L'exsudation qui trouble l'humeur aqueuse a lieu plus en arrière, le bord pupillaire prend une teinte jaunâtre, la couleur de l'iris se fonce, la vi-

sion est presque entièrement détruite. Deux indications se présentent : prévenir l'exsudation, et, si l'on n'a pu y parvenir, obtenir la résorption du fluide épanché. On remplit la première par l'emploi des dérivatifs sur la peau et sur le canal intestinal; de la belladone; rarement des sangsues; l'opium, l'hydriodate de potasse (à la dose d'un grain et même deux à prendre en trois fois dans une tasse d'eau aromatique), l'huile de térébenthine, etc., satisfont à la seconde. On emploie aussi l'hydriodate de potasse en collyre (demi-grain pour une once d'eau distillée).

Angine mercurielle.— L'angine débute par une sécheresse de la gorge, d'abord légère et fugace, puis intense et opiniâtre; cette sécheresse gagne le nez, la trompe d'Eustache et la partie supérieure des voies aériennes. Si l'on examine l'intérieur de la bouche, on voit les amygdales, le voile du palais et l'épiglotte, colorés en rouge-brun ou violacés, parsemés de taches plus foncées encore et de saillies jaunâtres qui ne sont autre chose que des follicules muqueux tuméfiés. L'épiglotte est entourée d'un réseau vasculaire très-prononcé, la face interne des joues et des lèvres se couvre de petites vésicules d'un blanc jaunâtre, d'où s'échappe une lymphe claire, insipide, et qui disparaissent au bout de vingt-quatre heures. Le soin de tenir le cou et le corps entier à l'abri du froid, les boissons chaudes légèrement sudorifiques, les gargarismes mucilagineux, plus tard les acides minéraux, tels sont les principaux moyens à mettre en usage.

Périostoses.—La congestion mercurielle a lieu dans le périoste externe, dans l'interne, dans le péricondre; cette forme ne se montre jamais isolée; elle est toujours accompagnée d'autres phénomènes, dépendant de la même cause. Les symptômes de la périostose mercurielle diffèrent peu de ceux de la périostose syphilitique. Cependant, suivant M. Dieterich, la première attaque généralement les os longs, la douleur est erratique, au moins au début; le gonflement s'étend à toute la longueur de l'os; il existe une tendance manifeste à l'hypertrophie: dans la seconde, au contraire, les os plats, et notamment le frontal et le sternum, sont ordinairement le siége du mal; la douleur est fixe, la tuméfaction limitée à une partie de la surface de l'os, etc. Les signes à l'aide desquels il distingue la périostose interne de l'externe sont très-vagues et reposent sur le caractère et le siége de la douleur, sur le degré de consistance de la tumeur, etc. La périostose interne, due à l'emploi du mercure, pourrait être confondue avec l'exostose syphilitique; M. Dieterich nie l'existence de cette dernière. Dans le choix du traitement on doit avoir en vue 1° de prévenir l'exsudation anormale; 2° de faciliter la résorption; 3° de calmer la douleur; 4° de guérir la diathèse mercurielle. Les moyens de remplir ces deux dernières indications ont déjà été exposés; on satisfait aux deux premières par les applications de sangsues, les laxatifs et les sudorifiques; par les bains d'eaux minérales contenant des sels et des acides, par l'emploi de l'iode, soit à l'intérieur soit à l'extérieur, etc. Le traitement de la péricondrose diffère à peine de celui qui vient d'être indiqué.

Hypertrophies. — Les hypertrophies sont une conséquence naturelle des congestions; elles s'associent volontiers à la diathèse scrofuleuse, à la cancéreuse, à l'érysipélateuse. La lenteur de leur marche dépend en partie de ces complications. Nous avons déjà énuméré les organes qui en sont le plus ordinairement le siége. Quant aux symptômes qu'elles présentent, ils sont généralement connus; leurs signes diagnostics se tirent des circonstances commémoratives et des accidents mercuriels qui se manifestent en même temps. Le traitement est général ou local; il se compose, dans le premier cas, de tous les agents pharmaceutiques dont nous avons déjà parlé plus d'une fois; dans le second, des soins chirurgicaux qu'exigent les différentes particularités de la maladie. Il faut y joindre le traitement des complications.

Exanthèmes chroniques.—L'herpès prépucial se manifeste par une tache rouge, qui n'est point circonscrite, comme l'affirme Bateman, mais qui, au contraire, se fond avec la couleur de la peau saine. Le second jour, cette tache se recouvre de vésicules d'un rouge pâle, du volume d'un grain de millet, qui grossissent pendant vingt-quatre heures, arrivent à se toucher par leur circonférence, et prennent un aspect purulent. Elles se rompent le troisième jour et laissent voir une excoriation ronde, à bords peu saillants, à fond blanchâtre baigné d'un pus jaunâtre. Au bout de cinq ou six jours la dessiccation a lieu; la cicatrice, blanche d'abord, ne tarde pas à reprendre la couleur rouge de la membrane muqueuse. Quand l'herpès se développe, ce qui arrive rarement, sur la face externe du prépuce, la dessiccation s'accompagne, suivant Bateman, de la formation d'une croûte conoïde. Les émollients d'abord, et plus tard les astringents pour prévenir la récidive, tel est le traitement conseillé par M. Dieterich. L'impetigo se montre sous la forme de taches rose brun, qui occupent d'abord le voisinage des parties génitales et ensuite la poitrine. Ces taches ne sont pas circonscrites, mais se fondent les unes dans les autres; elles ne font aucune saillie. Elles occasionnent une vive démangeaison, et se couvrent de petites vésicules qui s'éteignent le cinquième jour en donnant lieu à une desquammation furfuracée. Quelques-unes de ces vésicules s'ulcèrent et se recouvrent d'une croûte grisâtre. Là encore, les signes diagnostics sont difficiles à saisir; heureusement les bains

sulfureux réussissent dans l'impetigo mercuriel aussi bien que s'il devait son origine à une autre cause.

Ulcères.—Les ulcères mercuriels se développent le plus ordinairement sur la membrane muqueuse de la bouche ou du nez. On voit apparaître d'abord une tache d'un rouge violacé qui, dès le second jour, devient blanche, s'ulcère et laisse échapper une sanie épaisse et grisâtre, puis un ichor qui donne à la bouche une odeur fétide facile à reconnaître. L'ulcère tend à s'agrandir, il serpente sur les gencives et sur la face interne des joues, il gagne plus en superficie qu'en profondeur ; le plus léger attouchement produit une hémorrhagie, la douleur est extrêmement vive, les applications, même émollientes, la rendent intolérable. Quelquefois les ulcères vénériens changent de nature et prennent le caractère mercuriel. Alors ils s'entourent d'un cercle rouge violet; de leurs bords légèrement tuméfiés des vaisseaux extrêmement déliés s'avancent en rampant sur leur surface; celle-ci change d'aspect, le pus qui s'en échappe devient plus ténu; la douleur est plus vive et le sang coule au moindre frottement. M. Dieterich conseille, avant tout, la cessation du traitement mercuriel, puis l'application locale des opiacés, des mucilagineux, plus tard des fomentations aromatiques, enfin l'emploi à l'intérieur du fer, de l'or et des acides minéraux. Les ulcères du périoste n'apparaissent qu'après la destruction des parties molles, et lorsque déjà la surface de l'os, dénudée, commence à se carier. On conçoit qu'ici le traitement local a fort peu d'importance.

Névroses. — La névralgie mercurielle est rarement fixe, elle se déplace le plus ordinairement en suivant le trajet du nerf qu'elle affecte, quelquefois elle passe brusquement d'un nerf à l'autre. Elle a des intermissions marquées, mais irrégulières. Le malade répugne aux applications humides, il se trouve mieux du froid sec ou de la chaleur sèche. Son aptitude électrique est tellement modifiée qu'il recherche une chaleur excessive, et que, par une température de 28 à 30° Réaumur, il préfère l'ardeur du soleil au frais et à l'ombre. Les nuits sont généralement calmes. La méthode sédative, le sous-carbonate de fer, les eaux ferrugineuses conviennent dans les cas de ce genre. Assez d'auteurs français se sont occupés du tremblement mercuriel pour que nous omettions le chapitre que M. Dieterich consacre à cette affection. Nos compatriotes ont apporté beaucoup moins d'attention à l'amaurose, à l'apoplexie, à la folie produites par l'usage mal dirigé du mercure. Notre auteur lui-même traite assez légèrement ces affections, sans doute parce qu'il a eu peu d'occasions de les étudier, et que la littérature médicale de l'Italie, de l'Angleterre et de l'Allemagne lui paraît assez riche sous ce rapport.

Quant à nous, partagé, pendant la rédaction de cet article, entre la crainte de tronquer un livre si bien rempli et celle d'envahir des colonnes de journal dont un autre eût pu tirer meilleur parti, nous demandons pardon à nos lecteurs de n'avoir su éviter ni l'un ni l'autre de ces deux écueils. Au moins pourront-ils nous savoir quelque gré de leur avoir fait grâce de nos propres observations.

CHAMBEYRON, D.-M.

III. Note sur le danger des injections faites dans l'utérus.—Expériences curieuses pratiquées à l'hôpital de l'Oursine.

« Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, à l'hôpital depuis plusieurs mois, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable ; l'utérus en était le foyer exclusif. Tous les moyens habituels étaient épuisés; suivant alors l'avis de praticiens dont l'autorité est fort recommandable, je résolus de porter la médication topique jusque dans le foyer même, c'est-à-dire dans la cavité utérine. Une injection fut donc pratiquée à travers le col. La matière de cette injection était une décoction de feuilles de noyer, l'instrument qui la poussait un clyso-pompe. Au premier coup de piston, la malade jeta un cri aigu en portant vivement la main sur la région iliaque gauche. Remontée dans son lit, elle fut prise d'un violent frisson pendant plusieurs heures, suivi d'une réaction fébrile intense. La douleur abdominale se prolongeait dans le bassin où sa nature se modifiait, elle était *expultrice*, il semblait à la malade qu'un corps étranger faisait effort pour sortir de la matrice. A ces caractères on ne pouvait méconnaître une métro-péritonite. Au moment de l'injection, quand la malade a jeté son cri de douleur, l'idée m'est venue que le liquide injecté avait passé par la trompe de Fallope dans le péritoine. Les accidents qui s'étaient déclarés étayaient cette conjecture. Toutefois, l'étroitesse de la trompe, son insertion oblique à l'utérus et sa migration dans l'épaisseur des parois avant qu'elle ne s'ouvre à son intérieur, étaient autant de conditions anatomiques qui semblaient la repousser. Des expériences directes sur le cadavre devenaient nécessaires, je résolus de les faire. J'ignorais que M. Bretonneau les avait déjà faites et qu'elles étaient décisives. C'est M. Trousseau qui m'en a communiqué les détails : Une dame, affectée comme ma malade d'un écoulement leucorrhéique opiniâtre, s'adressa à M. Bretonneau qui, ayant reconnu que cet écoulement provenait de l'utérus, se décida à y porter une injection. Les accidents que je viens de décrire se montrèrent absolument les mêmes, et la malade fut atteinte d'une péritonite. Cet habile praticien ayant également soupçonné le passage

de l'injection par la trompe utérine fit de suite expérience sur le cadavre de plusieurs femmes mortes à l'hôpital de Tours, et vit le liquide pénétrer avec la plus grande facilité dans le péritoine. Plus tard, chez une autre dame, qui habitait aux environs de Tours, M. le docteur Tonnelé, chirurgien très-expérimenté et très-instruit, fit aussi une injection irritante dans l'utérus, dans le but de guérir un catarrhe chronique de l'utérus; l'injection pénétra dans le péritoine et la malade mourut.

« Quant à moi, je n'ai pas perdu ma malade; mais ce n'est qu'à grand'peine que je suis parvenu à conjurer la double phlegmasie provoquée par l'injection. Encore la guérison n'était-elle pas bien complète quand, au bout de quinze jours, cette jeune fille, dévorée d'ennui à l'hôpital, a demandé sa sortie avec instance. Il restait une douleur sourde dans la région iliaque, qu'augmentait la pression et qui attestait sans doute le travail d'organisation des adhérences du péritoine.

« Je dois dire aussi qu'une perte abondante s'est déclarée quarante-huit heures environ après l'injection de l'utérus, sorte de crise qui a jugé la métrite.

« Cette observation devait éveiller l'attention à l'hôpital de l'Oursine, et l'intention que j'avais émise d'expérimenter sur le cadavre, comme l'avait fait M. Bretonneau, a été réalisée par M. d'Astros, élève interne. Ces expériences, répétées devant moi, ont pleinement confirmé celles de M. Bretonneau. De plus, l'une d'elles vient de déceler la possibilité d'un nouvel accident plus redoutable, sans contredit encore, que le passage de l'injection utérine dans le péritoine, c'est sa pénétration dans le système veineux hypogastrique.

« Voici d'abord ce que les recherches de M. d'Astros ont jusqu'à présent démontré relativement à la perméabilité des trompes de Fallope.

« Sur huit cadavres l'injection de l'utérus n'est point arrivée dans le péritoine; sur le neuvième on l'a vue passer immédiatement. La trompe, distendue, montrait son orifice béant, et le liquide en jaillissait par un courant continu. Le cadavre était celui d'une femme de quarante-cinq ans, qui n'avait jamais eu d'enfants. J'ai constaté que l'utérus et toutes ses dépendances étaient dans l'intégrité la plus parfaite.

« Maintenant la pénétration du système veineux hypogastrique est un fait non moins positivement prouvé.

« Dans le service de M. Nélaton une femme est morte d'un érysipèle à la face. M. Nélaton, poursuivant les recherches sur l'injection de l'utérus, a fait pratiquer cette injection par M. d'Astros. L'abdomen était ouvert, l'injection poussée n'a point pénétré dans le péritoine; mais tout à coup M. Nélaton a aperçu une grosse veine parcourant le ligament large du côté gauche se gonfler par une suite de bulles d'air que chassait le liquide injecté. Ce liquide s'est ensuite engagé dans les veines voisines et les a successivement distendues.

« Cette expérience, reproduite devant moi, a été variée ensuite : c'est par la veine du ligament large que l'injection a été poussée cette fois, et nous avons vu le liquide couler par l'orifice du col, après avoir traversé l'utérus.

« L'examen de la veine qui livrait ainsi passage à l'injection a fait reconnaître qu'elle émergeait du voisinage de la trompe. C'est une de celles qu'a indiquées M. Breschet et dont il avait signalé l'ouverture directe et béante dans la cavité utérine, et dans le sinus de laquelle il a admis l'une des variétés possibles de la grossesse interstitielle.

« Il importe de noter que la femme, sujet de l'expérience, était accouchée il y a plus d'un an, et que depuis elle n'a jamais revu ses règles.

« Je pense qu'il est inutile de faire ressortir l'importance des inductions pratiques à tirer de ces diverses observations, et de proclamer bien haut comme il est urgent désormais de s'abstenir des injections de l'utérus qui peuvent ainsi tenir les femmes dans l'imminence d'une péritonite sur-aiguë et même d'une phlébite dont les funestes conséquences sont aisément pressenties.

HOURMANN.

Méd. de l'hôpital de l'Oursine.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Dictionnaire des réactifs chimiques employés dans toutes les expériences faites dans les cours publics et particuliers, les recherches médico-légales, les expertises, les essais, les analyses qualitatives, quantitatives, des corps simples et de leurs composés utiles, soit dans les arts, soit en médecine : par M. J.-L. Lassaigne, professeur de chimie et de physique à l'école royale vétérinaire d'Alfort.

La connaissance des réactions que les corps simples et composés peuvent exercer les uns sur les autres, ainsi que celle des phénomènes apparents qui en résultent, forment l'une des bases de l'étude de la chimie. Une des plus utiles applications que l'on puisse faire des principes de cette science se trouve, sans contredit, dans les moyens qu'elle fournit, soit pour analyser les corps composés, afin de déterminer exactement dans quels rapports leurs éléments sont unis ou combinés, soit pour les reconnaître et les distinguer sous quelque état ou quelque forme qu'ils se présentent, d'après des caractères certains bien établis.

Cette partie de la chimie, tout-à-fait pratique, est souvent d'une nécessité très-grande,

lorsqu'il s'agit de prononcer sur la nature d'une substance employée dans les arts ou en médecine : plus d'une fois celui qui avait déjà fait des études théoriques n'a-t-il pas éprouvé de l'embarras quand il a voulu essayer lui-même de faire une application des principes qu'il avait étudiés ? disons plus, ne se sera-t-il pas arrêté devant les difficultés qu'il rencontrait pour exécuter les opérations les plus simples, ou diriger convenablement l'emploi des réactifs, en voulant déduire de leurs effets les conclusions les plus propres à établir sa conviction sur la nature et la composition des corps soumis à ses recherches?

Si les notions d'analyse chimique, plus ou moins étendues, qui existent dans plusieurs traités de chimie, ainsi que celles que l'on trouve dans des ouvrages spéciaux publiés sur l'analyse minérale, les réactifs et leur emploi, suffisent toujours à ceux qui cultivent la chimie par profession ou par goût, et qui en font un travail de prédilection, on ne saurait disconvenir que ces ouvrages, dus à des hommes justement recommandables par leurs talents, ne sont point à la portée de tous ceux qui, ayant appris la chimie comme science accessoire à leurs principales études, se trouvent un jour dans le cas d'en faire quelque application.

Réunir dans un livre peu volumineux les principaux réactifs le plus ordinairement employés par les chimistes dans leurs opérations analytiques; exposer leur emploi en indiquant les caractères les plus saillants à l'aide desquels on peut sûrement distinguer les différents corps; présenter enfin une méthode simple et rationnelle dans l'exécution des expériences, tel a été le but de M. Lassaigne en entreprenant le travail qu'il livre aujourd'hui à la publicité.

Le plan qu'il a adopté est celui d'un dictionnaire, dans lequel il a établi par ordre alphabétique les corps simples et leurs composés, en indiquant surtout ceux qui ont un emploi dans les arts ou en médecine. Cet ouvrage s'adresse donc non seulement aux médecins, aux pharmaciens, aux vétérinaires, aux droguistes et manufacturiers, mais encore à tous ceux qui désireront avoir quelques notions sur les réactifs et les moyens d'en diriger convenablement l'emploi.

Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit; par M. Reveillé Parise, membre de l'Académie royale de médecine, etc. (2e édition).

« Je prie les médecins qui liront ce livre, dit M. Reveillé Parise, de ne le point considérer comme un traité purement didactique, etc.; en un mot, de se placer au point de vue où je me suis mis moi-même pour le composer. » La lecture de cet ouvrage montre clairement, en effet, que l'auteur s'est surtout proposé pour but de rechercher les caractères spéciaux de la constitution des hommes livrés aux travaux de l'intelligence et d'en induire les règles d'hygiène propres à prévenir les maladies que tendent à provoquer chez eux, et cette constitution, et la nature même de ces travaux. Tant que M. Reveillé Parise se renferme dans ce cercle, il est évident que c'est aux gens du monde, aux artistes qu'il s'adresse; force lui est donc d'abaisser la science à leur niveau, en leur parlant un langage toujours intelligible. Mais bien que ce fût là un sujet assez vaste, et dans lequel l'intérêt de l'unité engageait peut-être l'auteur à se circonscrire, il a voulu que son œuvre s'adressât également aux médecins, et il a ajouté à la physiologie et à l'hygiène spéciale dont traite son livre, ce qu'il appelle la pathologie spéciale des gens de lettres; c'est là une étude, en effet, qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des médecins; indiquons rapidement la manière dont l'auteur l'a conçue. M. Reveillé Parise pense que le trait spécial de la constitution des hommes qui dépensent beaucoup par l'intelligence est une très-grande impressionnabilité à l'action des modificateurs généraux, et que telle cause donnée d'une intensité déterminée, qui agirait impunément sur un individu livré habituellement aux travaux manuels, développe souvent la maladie chez l'homme que ses habitudes intellectuelles placent dans des conditions spéciales : nous croyons qu'il y a du vrai dans cette idée, mais qu'il ne faut point dans tous les cas, et d'une manière absolue, rapporter cette diversité d'effet à une différence radicale dans l'état de la constitution; dans toutes les maladies, quelle qu'en soit la nature, cette constitution spéciale, ces habitudes physiologiques et psychologiques exceptionnelles, impriment un caractère particulier aux phénomènes morbides; c'est une sorte d'ataxie, une dérogation à l'évolution normale des symptômes, qui jette souvent l'esprit du praticien dans la perplexité la plus pénible, et tend à rendre incertaine l'action curative des moyens les plus puissants de la thérapeutique; déjà plus d'un auteur avait signalé cette physionomie spéciale des maladies chez les hommes doués d'une grande activité intellectuelle; le témoignage de M. Reveillé Parise, qui paraît s'appuyer ici sur les enseignements d'une expérience directe, ne peut que confirmer ce principe important. Après ces considérations générales sur les prédispositions morbides de la constitution intellectuelle, si nous pouvons ainsi dire, sur la marche ataxique des maladies qui se développent au milieu de telles conditions, l'auteur passe au traitement de ces maladies : ici viennent se placer quelques principes généraux de thérapeutique, qui sont presque toujours marqués au coin d'une bonne philosophie; puis M. Reveillé aborde l'examen de quelques moyens spéciaux, tels que les opiacés, la saignée locale ou générale,

la diète absolue, etc.; il indique les modifications que doivent apporter à l'emploi de ces divers moyens, les conditions exceptionnelles que nous venons d'indiquer; ici encore, nous le croyons, les médecins même pourront puiser quelques utiles enseignements pratiques. Mais, nous le répétons en finissant, il ne faut point oublier que ce livre s'adresse principalement aux gens du monde; oublier cette circonstance, ce serait courir le risque de se montrer injuste envers l'auteur; mais si on le lit dans cette pensée, on le relira encore, parcequ'il est écrit souvent avec élégance, avec esprit, et qu'il est semé d'une foule de traits, d'anecdotes, de citations, de détails de biographie physiologique pleins d'intérêt, et dont on aimera à enrichir sa mémoire.

Nouveau formulaire magistral, par M. A. Bouchardat, D.-M.-P.

Formulaire général, ou Guide pratique du médecin, du chirurgien et du pharmacien, par P.-L. Cottereau, D.-M.

Formulaire de poche, ou Recueil des formules les plus usitées dans la pratique médicale, par M. A. Richard.

Formulaire des médecins praticiens, par M. Foy, D.

La nouvelle loi sur les poids et mesures est l'occasion de la mise au jour simultanée de quatre petits ouvrages qui rivalisent par la richesse des détails, par la concision de l'exposition, par la commodité du format. Dans aucun d'eux, rien d'essentiel n'a été omis, bien qu'ils se distinguent chacun par des qualités spéciales. Aussi nous aimons mieux parler de chacun d'eux à part que de mettre leurs éléments en regard, la méthode surtout n'étant pas la même chez tous.

En tête de son *Nouveau formulaire* M. Bouchardat expose dans la préface l'influence que les doctrines médicales ont eue sur la thérapeutique. Il y réhabilite avec raison la mémoire tant calomniée de ce Paracelse qui a doté la matière médicale de plus de médicaments précieux qu'aucun de ceux qui l'ont précédé ou qui l'ont suivi. Vient ensuite une notice pleine de détails curieux sur les hôpitaux et hospices civils de Paris. Plus loin quelques pages ont été consacrées à de courtes mais importantes généralités pharmacologiques sur les recettes collectives. Il passe alors au formulaire proprement dit, où il adopte la classification par action qu'il regarde comme la plus avantageuse, en ce qu'elle rassemble les formules les plus analogues et peut faire naître par leur comparaison de nouvelles idées dans l'esprit du médecin.

Cette méthode le conduit à parler et des médicateurs et des médicaments.

Avant de donner le mode d'administration et les doses de ces derniers, il en apprécie le mode d'action physiologique et thérapeutique, et indique les contre-poisons de ceux qui sont dangereux. Quant aux formules, elles sont rangées d'après la matière qui leur donne leurs propriétés médicales. Ainsi tous les médicaments à base d'opium se trouvent classés les uns à côté des autres. A l'article du quinquina il n'est pas du même avis que le codex. Celui-ci a adopté le quinquina gris avec lequel il nous donne le plus souvent, suivant M. Bouchardat, des préparations inertes. Ce dernier veut qu'on lui préfère le quinquina jaune. Un article est consacré à part aux eaux minérales, un autre aux secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés. Il donne ensuite un mémorial thérapeutique, puis une table des auteurs cités, et enfin une table des matières par ordre alphabétique, qui était tout-à-fait indispensable.

Le *Formulaire général* de M. Cottereau est divisé en six parties distinctes. La première consiste dans un mémorial thérapeutique d'une centaine de pages. La seconde partie comprend la classification méthodique des agens thérapeutiques d'après leur mode d'action. La troisième est consacrée à la posologie, à la posographie et à un mémento posologique pour les différents âges. La quatrième partie est une sorte de dictionnaire ou les substances médicamenteuses sont rangées avec leur mode d'administration. C'est un simple exposé sans appréciation, suivi d'un petit traité de pharmacologie. La cinquième, très courte, donne quelques notions sur l'art de formuler. La sixième, enfin, constitue le Formulaire proprement dit. Ici M. Cottereau s'est éloigné de la voie suivie par ses confrères. Embarrassé de faire un choix parmi la foule de formules publiées jusqu'à ce jour, et partant de l'idée que celles des praticiens français sont reproduites partout, il a dans son ouvrage donné une préférence presque exclusive aux formules des médecins étrangers. On y voit cependant aussi cités les noms de quelques-unes des sommités médicales de France. A la suite de chaque formule sont indiqués les cas où leurs auteurs les ont employées. Ce formulaire étranger, qui ne contient pas moins de cent cinquante pages, sera sans doute consulté avec intérêt.

Le *Formulaire de poche* de M. le professeur Richard est arrivé à sa septième édition. L'auteur a changé le plan des précédentes et a doublé le nombre des formules. Des notions générales ont été placées en tête de l'ouvrage; elles comprennent un abrégé de l'art de formuler, quelques principes de pharmacologie et une idée sommaire des poids décimaux. La disposition des matières est fondée sur les propriétés médicinales et non, comme dans les éditions précédentes, sur les formes thérapeutiques. Il y a à la fin

de l'ouvrage une table où les médicaments sont rangés par ordre alphabétique, et de même aussi pour chacune de leurs formes pharmaceutiques. M. Richard n'a point cru devoir joindre un mémorial thérapeutique, le regardant comme inutile pour le médecin et dangereux pour l'homme du monde.

M. Foy, dans son *Formulaire des médecins praticiens*, a voulu épuiser toutes les précautions pour mettre le savoir et la mémoire à l'abri de toute surprise. Dans ce but rien n'a été omis ni laissé incomplet. Prenant dès la rue le nouveau docteur par la main, M. Foy lui trace d'abord un plan d'examen et d'interrogation des malades. Les trois pages qui y sont consacrées ne sont pas les plus mal employées de l'ouvrage. Un second chapitre de plus de cent trente pages renferme un *Mémorial thérapeutique* fort détaillé. Un travail de ce genre est nécessairement fort incomplet et fort infidèle; mais ce serait peut-être aller trop loin que de le regarder comme tout-à-fait inutile; quelle est la mémoire assez heureuse pour toujours répondre à l'appel? Dans la description des médicaments tant simples que composés, l'auteur a adopté l'ordre alphabétique comme étant le plus commode au praticien qui cherche hâtivement les matériaux d'une prescription.

On voit, en résumé, que chacun de ces formulaires se recommande par quelque qualité spéciale sans manquer aux conditions les plus importantes d'un livre de cette nature. Celui de M. Bouchardat se distingue par ses notions préliminaires et la richesse des détails pharmaceutiques; celui de M. Cottereau par sa collection de formules étrangères; celui de M. Richard par la position de son auteur et l'ordre rigoureusement scientifique qui y préside; celui de M. Foy, enfin, par son plan d'examen, et surtout par la commodité qu'il offre pour les recherches, l'ordre alphabétique le plus simple et le plus rigoureux y ayant été adopté.

Revue des journaux français.

ARCHIVES DE MÉDECINE.

Histoire d'une tumeur scrotale contenant des débris de fœtus, extirpée par M. Velpeau, suivie de considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement des monstruosités par inclusion, par M. Victor Izokalski.

Un exemple d'anomalie fort curieux s'est présenté dernièrement à la Charité dans le service de M. Velpeau. Il s'agit de plusieurs portions vivantes de fœtus, faisant partie du testicule d'un jeune homme de vingt-un ans, couché au n° 42 de la salle Sainte-Vierge. Ce jeune homme portait, depuis son enfance, au scrotum, une tumeur qui avait acquis le volume d'un gros œuf, sans lui causer la moindre douleur, sans devenir le siége d'aucune inflammation, d'aucun travail pathologique apparent. Ce qu'il y a de surprenant dans ce cas, c'est que M. Velpeau, après avoir examiné la tumeur et n'y avoir trouvé les symptômes d'aucune production connue, avait d'avance émis l'opinion qu'il existait là des détritus de fécondation. L'aspect de la tumeur, son genre d'élasticité, la sensation de corps durs, quelques touffes de poils, sortant par une petite ouverture spontanée, et d'autres signes plus faciles à interpréter qu'à rendre, l'avaient enhardi à porter ce diagnostic, et conséquemment à discuter s'il serait possible d'enlever la masse étrangère en conservant le testicule. Le diagnostic de cette tumeur est assurément un des plus beaux qui aient été portés.

M. Velpeau pratiqua l'opération le 29 janvier dernier, en présence de nombreux spectateurs. La tumeur a été disséquée jusqu'à sa racine et détachée avec précaution de la masse testiculaire, qui était fortement aplatie. Le testicule n'a pas été atteint; les téguments du scrotum ont été ramenés par-dessus cet organe et l'ont facilement enveloppé. On a réuni par plusieurs points de suture entortillée.

La tumeur, ouverte sur-le-champ et disséquée, s'est trouvée formée de divers kystes contenant, les uns de la matière glaireuse analogue au corps vitré, les autres une matière roussâtre demi-fluide ressemblant à du méconium; quelques-uns renfermaient une matière grasse entourée de poils et d'écailles épidermiques que l'analyse chimique et le microscope ont montré n'être que de la matière sébacée; cette matière contenait, dans plusieurs parties de son épaisseur, des os nombreux de forme difficile à caractériser, mais qui semblent tous avoir appartenu soit au bassin, soit au crâne, soit à l'épaule d'un fœtus; le reste était composé de chairs où l'on retrouve de la fibre musculaire, des lames aponévrotiques, le tissu cutané, et selon toute apparence jusqu'à des filets nerveux, le tout nullement décomposé. Il en résulte que ce jeune homme portait, manifestement attaché à son testicule droit, vivant à ses dépens, une portion de fœtus qui croissait avec lui.

Ce fait si étrange, si remarquable, et que nous empruntons au *Bulletin de thérapeutique*, fournit à M. Izokalski l'occasion de donner quelques considérations pratiques intéressantes sur le diagnostic et le traitement des monstruosités par inclusion. Nous entrerons dans quelques détails relatifs à l'étiologie des tumeurs contenant des débris de fœtus. Pour expliquer la présence des débris de fœtus dans certaines tumeurs, il faut nécessairement admettre de deux choses l'une : ou bien que de deux germes parfaitement isolés, l'un a pénétré dans l'autre par des causes et un mécanisme dont nous ne pouvons pas nous rendre compte, ou bien qu'ils se

sont réunis de prime abord dans un seul et même ovule. L'une de ces deux explications admises, le fait d'un fœtus *inclus* dans un autre n'a plus rien d'étonnant. La seconde hypothèse paraît la plus probable; c'est celle qui a été soutenue par Santo-Fattori et Himly, savants dont les noms seront à tout jamais attachés à l'histoire des monstruosités par inclusion.

Ces tumeurs, d'après M. Geoffroy-Saint-Hilaire, se divisent en externes et en internes; elles nous présentent toujours deux caractères constants, invariables : 1° elles sont toujours congéniales; 2° le second caractère, plus concluant et véritablement pathognomonique, consiste dans l'expulsion au dehors des matières contenues dans la tumeur, os, cartilages, matière cérébrale, dents, cheveux, etc. On trouve dans la science dix-neuf cas de tumeurs externes, vingt-deux de tumeurs internes; mais ces quarante et une observations de monstruosité par inclusion sont choisies dans une foule d'autres qui n'offrent ni assez de précision ni assez de garantie d'authenticité.

Quelques réflexions sur la question de contagion de la fièvre typhoïde, par M. Gauthier de Claubry.

Nous voyons toujours avec intérêt revenir cette vieille discussion sur les maladies contagieuses. Il serait à désirer que cette question de contagion fût enfin résolue, soit pour la fièvre typhoïde et le typhus, soit pour la fièvre jaune, soit pour la peste.

M. Gauthier de Claubry, déjà champion déclaré de la contagion, vient, dans ce mémoire, de réfuter les assertions émises par M. Rochoux, à l'Académie, sur la propriété non contagieuse de la fièvre typhoïde.

Voici les assertions de M. Rochoux sur lesquelles M. Gauthier de Claubry base sa discussion : *Depuis vingt ans on n'a jamais observé que la fièvre typhoïde s'était montrée contagieuse dans les hôpitaux de Paris. Les faits de contagion recueillis par MM. Gendron et Leuret étaient des cas de typhus.*

M. Gauthier de Claubry établit d'abord que, pour que la première assertion de M. Rochoux ait quelque valeur, il faudrait que l'on vidât préalablement la question de la non récidive de la fièvre typhoïde. En effet, si cette maladie, à l'instar de la rougeole, de la scarlatine et de la variole, n'affectait non-plus un même sujet qu'une fois dans sa vie, faudrait-il s'étonner qu'elle se montrât si rarement contagieuse dans les hôpitaux?

Pour résoudre la question de non-récidive, dit M. Gauthier de Claubry, consultons les autorités et les résultats de l'observation.

Déjà, en 1825, M. Trousseau établissait, d'après les doctrines de son illustre maître, M. Bretonneau, « que cette maladie jouit de la singulière prérogative de n'affecter qu'une seule fois dans la vie le même individu. » (*Archives*, tom. 10, p. 69.)

Plus tard, en 1829, M. Bretonneau a déclaré, en présence de l'Académie de médecine, que, dans les trente ans qui se sont écoulés depuis qu'il se livre à la pratique, il n'a pas eu occasion de constater que le même individu ait eu deux fois la même maladie. (*Archives*, t. 21, p. 61.)

En troisième lieu, selon M. Chomel, il ressort, de tous les faits recueillis jusqu'ici, que dans les circonstances ordinaires cette maladie n'affecte qu'une seule fois le même individu. (*Leçons de clinique*, p. 333.)

D'un autre côté, il est généralement adopté en Angleterre que, qui a eu une fois la fièvre typhoïde, peut se considérer comme à l'abri d'une nouvelle atteinte pour l'avenir. (*Archives*, deuxième série, t. 12, p. 88.)

Or, M. Rochoux s'est-il assuré qu'aucun étudiant, qui fréquente les hôpitaux de Paris, n'a eu précédemment une fièvre typhoïde? Dès lors, est-il logique de conclure que, si ces sujets n'y ont pas contracté cette maladie, l'unique raison en est qu'elle n'est pas contagieuse?

D'un autre côté, il est démontré, contrairement aux opinions de M. Rochoux, que, chaque année, de nombreux étudiants en médecine contractent la fièvre typhoïde dans les hôpitaux.

Stoll, au début de sa pratique médicale dans l'hôpital de Vienne, contracta une fièvre putride, dont la symptomatologie offrait la plus parfaite analogie avec celle de la fièvre typhoïde de notre époque. (*Méd. prat.*, t. 2, p. 21.)

M. Guersant, avant de venir à Paris, a été gravement affecté d'une fièvre typhoïde en suivant l'hôpital de Rouen, où cette maladie régnait. (*Archives*, t. 21, p. 61.)

En 1798, au dire de M. Bretonneau, un des condisciples de ce savant médecin contracta la maladie dans les salles de clinique de Corvisart, à la suite des soins assidus qu'il apportait à l'observation de deux malades atteints de cette même affection, tandis que M. Guersant, ni M. Bretonneau lui-même, qui avait été affecté d'une fièvre grave dans son enfance, ne la contractèrent de nouveau, quoiqu'ils partageâssent les travaux de leurs condisciples.

On pourrait citer en foule des observations qui prouvent la non-récidive de la fièvre typhoïde. Celles qui militent en faveur de l'hypothèse de la contagion ne sont pas moins nombreuses et parfaitement avérées. M. Gauthier de Claubry cite dans ce mémoire plusieurs faits de son observation propre, et qui sont également concluants. Il examine ensuite la valeur de la seconde assertion de M. Rochoux.

Dans le travail de M. Leuret (*Archives*, t. 18, p. 161), il s'agit d'une maladie qu'un soldat, revenant en congé, a répandue parmi les membres de sa famille, et à laquelle plusieurs de ces derniers ont succombé, après

l'avoir eux-mêmes transmise, l'un à une femme de service, l'autre à un malade placé dans le lit voisin, et qui lui-même en mourut. La symptomatologie a été indubitablement celle de la fièvre typhoïde, et la tuméfaction, la sécrétion des glandes de Peyer, le gonflement des ganglions mésentériques en étaient les caractères anatomiques. M. Rochoux s'est refusé à reconnaître dans cette maladie la fièvre typhoïde, il a déclaré que c'était un cas de typhus.

M. Gauthier poursuit ses objections. La maladie si évidemment contagieuse observée par M. Gendron (*Archives*, t. 20) était-elle la fièvre typhoïde? C'est M. Gendron, médecin distingué, qui connaît à fond les travaux de M. Bretonneau sur la dothinentérie, et c'est M. Bretonneau lui-même, qui ont observé les faits, et qui nous les présentent comme des cas incontestables de cette même maladie. La symptomatologie, les altérations anatomiques sont celles de la fièvre typhoïde. Pourquoi donc M. Rochoux, qui ne nie pas non plus, dans cette circonstance, que la maladie se soit montrée contagieuse, voudrait-il n'y voir que des cas de typhus?

Les cas dont M. Rochoux s'appuie pour étayer son système de non-contagion sont incontestablement, dit M. Gauthier, des cas de dothinentérie, autrement dit de fièvre typhoïde; car l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde est désormais mise hors de doute, puisqu'il y a analogie de symptômes, identité d'altérations organiques dans les deux maladies. Or, le typhus est contagieux, comme M. Rochoux le reconnaît lui-même; donc la fièvre typhoïde, qui n'est autre que le typhus, est contagieuse.

Tels sont les arguments de M. Gauthier de Claubry. M. Chomel lui-même fournit la même conclusion quand il dit (*Leçons*, p. 339) : Si des observations bien faites démontraient dans le typhus des lésions anatomiques semblables à celles que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde, l'identité de ces deux affections serait mise hors de doute, et *la question de la contagion serait jugée.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Observations de résections pratiquées dans la continuité des os longs, par le D. Rklitsky, de Saint-Pétersbourg, communiquées par le D. Rivière.

Jusqu'à présent on n'avait guère pratiqué de résection que sur les extrémités articulaires des os. On nous offre ici la résection totale du corps du radius et la résection totale aussi du corps du tibia. Il s'agit dans le premier cas d'une carie de l'os. Nous ne rapporterons point la description de la tumeur qui occupait la presque totalité de la région anti-brachiale antérieure. Une opération était devenue indispensable, mais laquelle? L'amputation ne pouvait se pratiquer qu'au-dessus du coude. Le chirurgien préféra pratiquer la résection du radius. Le manuel opératoire n'est point décrit dans cette observation; mais les difficultés qu'on y signale ne sont pas de nature à encourager beaucoup, à un autre essai de ce genre, un chirurgien timide, bien que le malade ait guéri. Le périoste, pour être détaché, demanda un long travail. D'un autre côté, l'hypertrophie de l'os était telle qu'il fut impossible de faire manœuvrer la scie et le crochet dans l'espace interosseux. La suppuration fut abondante; il survint une inflammation érysipélateuse; de chaque extrémité de l'os réséqué partit une exfoliation. Cependant la cicatrisation marcha assez rapidement et la régénération de la diaphyse de l'os enlevé eut lieu peu de temps après. On fait toutefois remarquer que la régénération de l'os ne fut pas si parfaite, qu'elle ne laissât exister un vide dans le trajet de sa continuité. C'est que, dans ce point, l'altération avait été plus considérable et avait entraîné la destruction d'une portion de l'enveloppe périostique. La reproduction de l'os s'y fera donc long-temps attendre, et peut-être même n'y aura jamais lieu. Au bout de trois mois le malade est sorti bien guéri et conservant l'usage et l'intégrité de son membre.

Le second cas est une nécrose du tibia. L'opération fut plus facile que dans le précédent. Une fois les deux résections supérieure et inférieure pratiquées, il ne fut pas difficile d'enlever le corps entier de l'os séparé par la suppuration de tous les tissus environnants. Quelques lotions d'eau froide suffirent pour supprimer une très-légère hémorrhagie. Mais la suppuration ne devint de bonne nature qu'au bout de trois mois. Tout alla bien ensuite et l'os se régénéra complétement.

Mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet, comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphale chronique ventriculaire, par F. Barrier.

L'auteur commence par des généralités sur les progrès qu'a faits l'étude des affections tuberculeuses et des hydropisies. Il se croit le premier à indiquer les tumeurs tuberculeuses du cervelet comme cause déterminante de l'hydrocéphale ventriculaire chronique, et pense que, parmi les nombreuses observations d'hydrocéphale chronique non congénitales que nous ont fournies les auteurs, quelques-unes appartenaient à l'espèce d'hydrocéphale qui dépend de la compression du sinus droit par ces tumeurs tuberculeuses développées dans le cervelet. En effet, ces hydrocéphales avaient lieu principalement de deux à sept ans, époque de la plus grande fréquence des tubercules cérébraux. Ces enfants étaient d'ailleurs d'une complexion faible et lymphatique. M. Con-

stant, dans son travail sur les tubercules encéphaliques et M. Tonnelé dans son mémoire sur les maladies des sinus de la dure-mère, ont effleuré le sujet, le premier surtout, en parlant de l'oblitération de sinus par des concrétions développées dans leurs cavités et des épanchements dans les ventricules qui en ont été la suite. Mais il ne nomme pas le sinus droit.

M. Barrier rapporte deux observations de la nouvelle lésion anatomique qui fait l'objet de son mémoire. Dans le premier de ces cas, la tente du cervelet était fortement soulevée et adhérente au lobe médian par le milieu de sa face inférieure. Ce lobe était presque entièrement converti en une masse tuberculeuse du volume d'un gros œuf de poule, refoulant les lobes latéraux. La saillie de la tumeur vers le point correspondant à la base de la face cérébrale, et le prolongement qui en partait en avant et en haut pour atteindre les tubercules quadrijumaux, devaient déterminer une compression assez forte, soit du sinus droit, soit de la terminaison des veines. Les ventricules latéraux contenaient sept à huit onces d'une sérosité pure et transparente, ce qui causait une dilatation énorme.

Quant aux symptômes, il est difficile de les décrire d'après deux observations seulement, et d'ailleurs les deux observations citées par l'auteur offrent des différences notables. Dans les deux cas cependant il y a eu du strabisme, de la diminution de l'intelligence et de la myotilité, et de la torpeur dans les fonctions encéphaliques. La tête était très-volumineuse chez tous les deux. La céphalalgie occipitale a été très-notable dans un cas; mais elle a été problématique dans l'autre, à cause de l'âge trop peu avancé du malade. Du reste, hormis ce symptôme, tous les autres appartenaient à l'hydrocéphale, et encore celui ci n'aurait, certes, pas suffi pour faire établir un diagnostic anatomique aussi précis que celui d'un tubercule du cervelet.

JOURNAL DE MÉDECINE PRAT. DE BORDEAUX.

Quelques observations de phlébites, suite de saignées, recueillies à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux pendant les Mois de mai et de juin 1839; par M. Levieux, interne.

Des faits observés et publiés par M. Levieux il résulte que la plupart des saignées faites à l'hôpital Saint-André, pendant les mois de mai et de juin 1839, ont donné lieu à des accidents inflammatoires; plusieurs ont été enrayées dès le début, et ont été décrites par l'auteur, sous le nom de *phlébites légères*; d'autres, après avoir présenté des symptômes très graves, ont été suivies de guérison; quelques-unes enfin se sont terminées par la mort.

La phlegmasie a paru marcher de l'extérieur à l'intérieur; la piqûre de la peau a été son point de départ. Elle a commencé par offrir tous les symptômes de l'érysipèle, et, favorisée dans ses rapides progrès, par la continuité de surface que semblait lui offrir la piqûre encore béante de la peau et de la veine, elle s'est bientôt propagée à la tunique interne du vaisseau; constituant alors une phlébite qui n'était, en quelque sorte, que la continuation de l'affection première, qu'un *érysipèle veineux*.

Une des choses les plus importantes à signaler dans ce travail, c'est que l'on n'a pas trouvé une seule goutte de pus dans les articulations, les reins, le foie, la rate, les poumons même, bien que les abcès, dits métastatiques, se soient rencontrés un si grand nombre de fois à l'occasion de la phlébite, qu'ils ont été considérés comme faisant partie intégrante de son histoire.

M. Levieux croit qu'une phlébite attaquée dès le principe par des saignées locales et *générales*, des cataplasmes laudanisés, des bains, et surtout *des frictions mercurielles à haute dose*, doit céder rapidement; mais pour peu qu'on laisse à l'inflammation le temps de prendre le dessus, vient un moment où on ne peut plus la maîtriser, et où la médecine est impuissante.

Gestation au sixième mois; apoplexie ou fièvre insidieuse apoplectique? — Mort; opération césarienne; enfant privé de la vie; par M. le D. Emile Gaubric.

Une femme de trente-neuf ans, très-sujette aux migraines, et qui avait éprouvé très-souvent des douleurs assez vives et persistantes de l'encéphale, fut prise, peu de temps après son mariage, d'une perte utérine qui fit recourir pendant deux mois aux réfrigérants, aux astringents énergiques, et au repos. Les époques menstruelles établies, il survint, après trois mois d'un calme parfait, un trouble qui fit soupçonner une grossesse; la malade en douta toujours jusqu'au cinquième mois, époque à laquelle elle sentit les mouvements bien prononcés du fœtus; les douleurs vives de l'encéphale furent diminuées, mais il en revenait de nouvelles par le plus petit travail de tête. Le repos seul donnait du calme.

Le 15 mai 1839, M. Gaubric fut appelé (la douleur de tête avait augmenté dans la nuit); le pouls était petit, l'affaiblissement général; il y avait manque absolu de sommeil.

Saignée, sinapisme, eau froide sur la tête.

Deux heures après, la douleur était tellement forte, qu'on eut de nouveau recours aux soins du médecin; la malade offrait tous les symptômes de *l'épilepsie compliquée d'apoplexie*. M. Gaubric sollicita une consultation. Les médecins appelés pensèrent que la malade n'existerait plus dans quelques heures; que faire alors?.... On songea à l'en-

fant, et on conseilla l'opération césarienne dès que la mort de la mère serait arrivée, car l'enfant ne meurt pas toujours avec la mère; les auteurs en citent nombre d'exemples.

L'opération fut pratiquée avec les mêmes précautions que si la mère eût été vivante; l'enfant présenta le siége, ses pieds furent saisis; il fut de suite extrait, et ne donna aucun signe de vie, malgré tous les moyens employés.

L'autopsie de la tête de la malade ne put être accordée.

Aperçu statistique sur les faits de gastrite aiguë, observés pendant l'année 1839, dans les salles de clinique interne de l'hôpital Saint-André; leçons de M. Gintrac, recueillies par M. H. Gintrac, étudiant en médecine.

Les faits de gastrite observés dans les salles de M. Gintrac, pendant l'année 1839, s'élèvent au nombre de soixante-cinq; trente-un chez les femmes, trente-quatre chez les hommes. Les âges ne se sont pas montrés tous également disposés à la gastrite. L'âge de vingt à trente ans est celui qui en a offert la plus grande proportion. Les mois de juillet et d'août, ceux dans lesquels la chaleur a été la plus vive, ont offert le plus de cas de gastrite; il faut observer aussi que cette année a été remarquable par une extrême sécheresse; la fréquence de cette maladie pendant les mois de l'année les plus chauds s'accorde avec sa propension à se développer dans les pays méridionaux.

M. Gintrac place la suppression des menstrues au nombre des causes les plus puissantes de cette maladie chez la femme. Il fait remarquer les rapports nombreux qui existent, et qu'il a souvent constatés, entre l'aménorrhée, la gastrite et la chlorose. Je crains bien que M. Gintrac n'ait malheureusement confondu trop souvent la gastrite avec la gastralgie et la gastro-atonie, maladies qui se remarquent bien plus souvent avec l'aménorrhée et la chlorose, que toutes les autres affections; ce qui tendrait encore à me faire croire qu'il y a réellement eu erreur de diagnostic de la part de M. Gintrac, c'est le nombre énorme de gastrites qu'il dit avoir observées pendant une année.

Sur soixante-cinq malades, soixante-trois ont offert, pour symptôme principal, l'augmentation très-marquée de la sensibilité épigastrique.

Le traitement de la gastrite a été constamment anti-phlogistique, et quelquefois révulsif.

La saignée a été pratiquée chez quelques malades dont le pouls était plein, fréquent, la peau chaude, et chez lesquels la maladie offrait de l'intensité; une ou deux saignées ont suffi. Les émissions sanguines locales ont été plus souvent mises en usage; elles ont fait la base du traitement.

Un régime sévère a constamment été prescrit; la diète a été le seul moyen curatif dans quelques cas qui ne présentaient que peu d'intensité. Le lait a été souvent conseillé pour aliment.

Lorsque M. Gintrac a jugé que l'irritation gastrique était entièrement dissipée, que l'affection ne lui a plus offert que les apparences d'un état saburral, il a donné le tartre stibié et les purgatifs.

Je me hâte de dire ici que la thérapeutique employée en dernier lieu par M. Gintrac me confirme dans ma manière de voir, c'est-à-dire qu'il n'avait pas seulement affaire à des gastrites, mais bien à des embarras gastriques, fièvres bilieuses, gastralgies, gastro-atonies, etc.

Observation de purpura hœmorrhagica; par M. Emile Pereyra.

Cette affection se déclara le 20 janvier chez une jeune fille de onze ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, et d'une taille très-élevée pour son âge; elle appartient à une famille pauvre. La mère ayant aperçu des taches noirâtres sur ses bras et sa figure, interrogea son enfant qui n'accusa aucun malaise; le lendemain les taches augmentèrent en nombre. Dans la nuit une hémorrhagie nasale se déclara; l'abondance du sang que perdait cette petite inquiéta les parents, qui furent chercher M. Boisse, médecin du bureau de charité auquel ils appartiennent. Ce praticien employa inutilement les moyens ordinaires, et envoya chercher M. Pereyra vers sept heures du matin.

La jeune fille était pâle, couchée sur le dos, ne parlant plus; un sang rosé s'écoulait des fosses nasales; elle venait de vomir une cuvette pleine d'un sang noir caillé; des coliques avaient précédé; elle avait rendu des matières fécales, entremêlées de sang liquide et caillé; les urines avaient été sanguinolentes, il existait au vagin une exsudation sanguinolente.

Toute la peau de son corps était couverte de taches noires, un peu plus grosses que des piqûres de puces.

Tamponnement des fosses nasales; limonade sulfurique, assez fortement acidulée; potion avec le sulfate de quinine, sinapismes aux pieds.

Malgré ces moyens, les vomissements de sang persistèrent; vésicatoire sur l'abdomen, et deux vésicatoires aux cuisses.

Depuis lors la maladie a marché vers la guérison. Le 1er février, cette jeune fille était dans un état complet de convalescence.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Observation de corps étranger dans l'articulation du genou, formé par une portion détachée de l'un des condyles du fémur; par M. le docteur Malherbe.

Juguet (J.-B.), tailleur de pierres, âgé de trente-cinq ans, est entré le 2 mai à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour un léger gonflement du genou. Interrogé sur la manière dont il avait été atteint de cette affection, il rapporte qu'il y a deux ans en sautant un fossé, il éprouva dans le genou droit une douleur vive et subite qui le fit tomber; il se releva pourtant, et sentit un corps interposé entre les surfaces articulaires, quand il voulut étendre la jambe sur la cuisse. A plusieurs reprises ce corps s'est déplacé et a causé au malade de vives douleurs.

Le corps étranger fut facilement fixé à la partie externe de l'articulation au devant du faisceau arrondi que forme le ligament latéral externe. Une incision longitudinale d'un pouce environ fut pratiquée, et le corps étranger se présentant en travers fut soulevé avec la petite extrémité d'une spatule à pansement, et extrait sans grande difficulté. Un demi-verre de synovie rougeâtre s'écoula immédiatement par l'ouverture qui fut aussitôt refermée avec des bandelettes de diachylum.

Le corps étranger avait le volume et la forme d'une amande extraite de son endocarpe ligneux; il présentait une face lisse, cartilagineuse; l'autre, rugueuse, était osseuse au centre. Dès le deuxième jour après l'opération, une vive inflammation se développa, et, malgré les moyens mis en usage pour l'arrêter, envahit tout le membre : enfin le pied, puis la jambe se sphacelèrent, et le malade succomba le 10 mai.

A l'autopsie on trouva l'articulation remplie de pus; la membrane synoviale était d'une couleur rouge brun, partout où elle n'adhérait pas aux cartilages d'encroûtement. Le condyle externe du fémur présentait à sa partie moyenne une perte de substance de la forme et de la dimension exacte du corps étranger extrait de l'articulation.

Observation de diphthérite chez un adulte; terminaison par la mort au sixième jour de la maladie; par M. le docteur Marcé.

Un homme de trente-huit ans, d'une forte constitution, est pris subitement, le 29 juin 1839, d'une douleur légère à la gorge : le 3 juillet ce malade se décide à aller à l'Hôtel-Dieu, afin d'y prendre rang pour un lit. Frappé de la gravité de cette affection, le chirurgien de garde l'engage à entrer immédiatement à l'hôpital; le malade s'y refuse et revient le lendemain, sixième jour de la maladie, à sept heures et demie du matin.

La muqueuse de la voûte palatine et des gencives était lisse, sèche et luisante. La base de la langue étant abaissée, on aperçut distinctement un enduit gris blanchâtre, d'apparence couenneuse, tapissant tout l'isthme du gosier ainsi que le fond du pharynx, et semblant même s'étendre en haut et en bas au delà de la portée de la vue. Cet enduit paraissait adhérer fortement aux parties sous-jacentes.

La trachéotomie n'ayant pas été jugée praticable, on prescrivit des vésicatoires aux jambes, une potion stibiée et la cautérisation des exsudations diphthéritiques avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Le malade succomba à deux heures de l'après-midi. A l'autopsie, on constata que les voies respiratoires supérieures, telles que les fosses nasales, étaient tapissées par cette fausse membrane, qu'elle traversait les orifices des cavités faciales, revêtait l'intérieur du canal nasal et des sinus maxillaires.

L'enduit pseudo-membraneux, après s'être étendu sans aucune interruption sur toute la région pharyngienne, tapissait l'épiglotte sans pénétrer dans l'œsophage, franchissait l'ouverture supérieure du larynx, tapissait cet organe, la trachée-artère et les bronches à leur bifurcation; puis de là se propageait en tubes ramifiés à travers les divisions de l'arbre respiratoire jusqu'aux conduits aérifères les plus ténus.

Observation d'empoisonnement par les champignons, recueillie par M. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Un jeune homme de seize à dix-sept ans, d'une faible constitution et convalescent d'une maladie de langueur, soupa le 15 août plus copieusement que de coutume, et ajouta à son repas deux champignons qu'il avait cueillis lui-même dans la promenade du jour. Il les enduisit de beurre, les assaisonna avec le sel et le poivre et les fit griller sur des charbons. Environ dix ou douze heures après l'ingestion des champignons, il fut pris de vomissements violents, de coliques avec déjections alvines, ardeur du gosier et soif inextinguible, etc. Le médecin qui fut appelé traita ce malade comme atteint d'une simple indigestion et lui fit prendre *du thé, du bouillon de poulet*, etc.

Les accidents continuèrent à marcher. Vers le soir une des personnes qui entouraient le malade découvrit qu'il avait mangé deux champignons. (*Boissons délayantes, lavements émollients.*)

Dans la matinée du 17, les accidents redoublèrent d'intensité; M. le docteur L'Hermite, médecin adjoint de l'hôpital de Dinan, fut alors appelé en consultation; il prescrivit

les lavements émollients, les potions huileuses avec le sirop de fleurs de pêcher et l'éther sulfurique, les émulsions aromatisées avec l'eau de menthe, les fomentations émollientes sur le ventre, etc.

Vers le soir, les vomissements avaient cessé comme par enchantement; le malade se trouvait beaucoup mieux; la nuit fut bonne, il dormit un peu, et ne vomit point.

Le lendemain, 18 août, le mieux semblait persister, et tout indiquait que la maladie se terminerait par le retour à la santé; mais à peine quelques heures de calme étaient-elles venues rendre à sa famille une lueur d'espérance, que de l'assoupissement se manifesta : on employa de suite des révulsifs. Malgré tout ce qu'on put faire, la maladie marcha vers une terminaison funeste, et le jeune homme succomba à huit heures du matin, le 19, après avoir présenté une grande partie des symptômes de l'hydrophobie.

L'autopsie fut faite six heures après la mort. Le pharynx était un peu injecté en rouge ainsi que l'œsophage, dont l'altération augmentait en s'approchant de l'orifice cardiaque qui était sphacelé dans tout son pourtour et perforé dans deux endroits. Sa substance se déchirait facilement; elle était noirâtre et d'un rouge brun foncé. L'estomac, qui contenait des matières noires, était phlogosé dans une grande partie de sa surface interne; mais son altération était bien moindre que celle du cardia. Le duodénum présentait quelques points rouges : le reste du tube intestinal était de couleur naturelle. On y rencontra beaucoup de vers ascarides et lombricoïdes.

Revue des journaux étrangers.

Observations sur le climat de la Nouvelle-Zélande; par M. W. Swainson.

La Nouvelle-Zélande, depuis long-temps déjà colonisée dans quelques points par les Anglais, et allant devenir probablement aussi, en quelques autres, le siége d'un établissement de colons français, nous pensons qu'on pourra lire avec quelque intérêt les aperçus suivans sur l'hygiène de ce pays.

L'auteur occupe une bonne partie de son mémoire à invoquer Castor et Pollux, et pour tout bon Anglais, Castor et Pollux c'est la vieille Angleterre, le pays salubre, le pays de longévité par excellence, qu'il quitte pourtant si volontiers pour aller vivre et mourir ailleurs. A l'en croire, le climat du sud-ouest de l'Angleterre est si doux, si égal, si salutaire, si *pectoral*, que nos phthisiques de Provence n'auraient rien de mieux à faire que de se hâter de prendre le paquebot pour les côtes de Cornouailles; mais la Nouvelle-Zélande est déjà à moitié anglaise, et ne peut manquer de devenir une succursale des avantages hygiéniques de la mère patrie.

La Nouvelle-Zélande est située presque aux antipodes de Paris, entre les 34e et 48e degrés de latitude méridionale. Il est bon de noter ici que les remarques qui suivront ont été faites dans la partie septentrionale de cette île, c'est-à-dire la plus avantageusement située en latitude pour l'hémisphère austral, et qu'il faudra peut-être déduire de ces avantages pour la partie méridionale qui va nous échoir.

Les naturels du pays sont grands, bien faits, intelligents; la végétation est belle et vigoureuse, les fruits et les végétaux des pays tempérés d'Europe y réussissent à merveille.

Le capitaine Cook, et, soixante-dix ans après, le missionnaire Yate, qui y ont résidé une année entière, ont donné le récit suivant sur sa météorologie :

Dans la partie septentrionale, la neige est rare en hiver, et dès neuf heures du matin toute trace de gelée a disparu; pendant six mois de l'année, on est sujet à des vents violents de l'est et du nord-est, qui durent ordinairement trois jours et s'accompagnent d'un déluge d'eau. Pendant l'ouragan, le vent descend vers le midi, et finit par souffler de l'ouest; en hiver la lune change rarement sans amener une de ces tempêtes, et, dans le reste de l'année, sans recrudescence du vent. Le printemps et l'automne sont d'une température délicieuse, mais sujets à des pluies soudaines; l'été lui-même est souvent rafraîchi de ces pluies, dont la végétation s'accommode fort bien. Pendant cinq mois, il s'élève de chaque côté de la mer des brises qui se rencontrent au milieu de l'île.

M. Earle (1827) regarde le climat de la Nouvelle-Zélande comme infiniment supérieur à celui de Sydney (Nouvelle-Hollande); point de ces chaleurs suffocantes ni de ces vents pestilentiels qu'on rencontre dans tant de pays intertropicaux.

L'été est un peu plus chaud que celui d'Angleterre, le printemps et l'automne ont la température et l'atmosphère d'un bel été dans le midi de l'Angleterre, et les trois mois d'hiver ressemblent au temps humide, orageux et coupé du mois de mars, avec la température du mois d'octobre.

Cook et M. Yate vantent les avantages que les malades retiraient de leur séjour dans ce pays; mais leur témoignage ne peut être d'un grand poids, car leurs malades étaient des marins fatigués, et après une longue navigation toute terre est bonne; nous préférons le témoignage de M. Earle, qui vante la santé robuste des colons, et surtout de leurs enfants.

Toutefois les naturels n'y ont pas gagné, car les scrofules sont endémiques chez eux, et cependant elles n'y existaient pas lors de l'arrivée de Cook. Mais les scrofules ont suivi partout l'eau-de-vie et la syphilis des Européens. Watkins ne dit-il pas que sur cin-

quante femmes qui s'embarquaient pour la Nouvelle-Zélande, il n'y en avait pas une seule exempte de maladie vénérienne?

A part ces graves inconvénients, qu'une génération plus morale pourra, du reste, faire disparaître, le climat de ce pays est, à cause de la douce égalité de son atmosphère tempérée, infiniment supérieur à celui des autres colonies intertropicales. L'auteur pense qu'il pourra, avantageusement pour les phthisiques, remplacer le confortable Madère au doux ciel et au bon vin, mais qu'il est donné à si peu de bourses, même anglaises, d'atteindre, tandis qu'après l'influence salutaire-ment prolongée d'une longue navigation, leurs estomacs délabrés retrouveront les succulents beef-steaks d'Albion dans les frais pâturages de la terre de Van-Diemen.

Nunc licet omnibus...

(*Medico-chirurgical Review*, avril 1840.)

Rétroversion de l'utérus, nouvelle méthode de traitement pour cette affection ; par M. C. Halpin.

Le sujet est une femme au quatrième mois de la gestation ; l'auteur essaya la réduction avec ses doigts, mais la paroi de l'utérus ne cédait que dans le point touché par les doigts, ce qui faisait éprouver à la malade une sensation intolérable de rupture. Il fallait donc un instrument qui soulevât uniformément la tumeur, et la reportât au dessus du promontoire. Il lui vint à l'idée qu'il pourrait arriver à ce résultat au moyen d'une vessie qu'il insufflerait. Il attacha donc une petite vessie au tube d'une pompe stomacale armée d'un piston, et après l'avoir tenue quelques instants dans l'eau chaude pour l'amener à la température du corps, il l'introduisit vide d'air dans le vagin, entre le fond de l'utérus et le rectum ; un de ses confrères l'insufflait doucement, tandis qu'il la retenait dans le vagin en tenant sa main fortement appliquée contre l'orifice de ce canal. La malade commença alors à se plaindre d'une sensation de tension, mais sans douleur ; au bout de cinq minutes on insuffla une quantité plus considérable d'air, et elle s'écria : «Vous me forcez l'estomac.» M. Halpin retint quelque temps la vessie dans cette position; puis, après avoir lâché un peu d'air, il introduisit le doigt, et reconnut que la tumeur ne siégeait plus dans le bassin, et que l'orifice utérin était à portée de son doigt, dirigé en arrière et en bas ; alors il retira l'appareil.

L'auteur pense qu'on pourrait se servir d'un instrument analogue, par exemple d'un pessaire de gomme élastique insufflé d'air, pour maintenir la matrice en place après la réduction ; cet appareil se distendrait à volonté ; il ne serait point douloureux ; assez ferme pour empêcher la descente de l'utérus il ne le serait point assez cependant pour s'opposer à l'émission de l'urine et des matières fécales.

(*Dublin journal*, mars 1840.)

Observations d'abcès situés entre le pharynx et la colonne vertébrale ; par M. le docteur Fleming.

Le premier cas est celui d'un fort garçon de trois ans et demi. Il eut d'abord pendant trente-six heures quelques vagues symptômes fébriles assez légers, puis tout à coup il survint de violents symptômes cérébraux, qui appelèrent un traitement énergique, à la suite duquel vint, le quatrième jour, un semblant de convalescence. Cependant le cou se raidissait tous les jours et la tête s'abattait en arrière ; ses mouvements devenaient de plus en plus limités et douloureux. Puis vint le mal de gorge, une déglutition difficile, s'accompagnant par moments d'efforts spasmodiques ; mais il n'y avait ni toux ni altération de la voix. L'examen de l'arrière-bouche ne fournit rien ; on se borna aux mercuriaux doux comme altérants, et à des dérivatifs cutanés à l'occiput.

Vers le dixième jour, les symptômes arrivèrent à leur plus haut degré ; l'enfant s'affaiblissait et osait à peine boire. En l'examinant attentivement, M. Fleming s'aperçut que la somnolence qu'il manifestait dans la position assise se changeait presque en coma lorsqu'il était dans la position horizontale ; alors la respiration devenait stertoreuse, le pouls battait à peine quarante fois par minute ; en un mot, il offrait tous les symptômes de la compression cérébrale. En essayant d'abaisser la langue à sa base, il y sentit une tuméfaction qui céda sous la compression, mais la douleur fut si vive qu'il n'alla pas plus loin. Après s'être aidé de l'avis de MM. Crampton et Cusack, l'auteur fit une ponction exploratrice probablement au dessous de la base de la langue, bien qu'il ne nous le dise pas, et vit sortir aussitôt une énorme quantité de pus ; à l'instant même les traits de la face reprirent leur expression naturelle, la somnolence disparut, la déglutition se rétablit, il donna largement à manger au malade, et lui administra du sulfate de quinine à petites doses.

Cependant vers le soir l'abcès se remplit, son issue se boucha, et les symptômes antécédents reparurent ; M. Fleming agrandit l'ouverture, plaça l'enfant dans une position favorable; le lendemain matin, l'oreiller était partout souillé de pus; mais l'enfant était bien : il recommença à jouer, et se rétablit, quoiqu'avec lenteur.

L'autre cas rapporté par l'auteur présente à peu près les mêmes particularités; le sujet était un enfant à la mamelle ; il guérit également par l'ouverture de l'abcès.

Deux observations de semblables abcès sur des adultes ont été citées, l'un par Astley

Cooper, l'autre dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à l'article pharyngotome et pharyngotomie.

(*Dublin Journal.*)

Mémoire sur la prétendue vertu hyposthénique du quinquina et de ses préparations, présenté à l'Académie physico-médicale de Florence, le 5 février 1839, par le docteur Salvator Lelli, de Rietti.

Le célèbre Rasori prétend, dans sa théorie sur la phlogose, que le quinquina et ses préparations ont une action déprimante, et il n'est pas le seul de cette opinion; le docteur Lelli combat ce paradoxe. Bien que nous regardions tous, avec Barthez, le quinquina comme le premier des toniques, nous allons donner un extrait de ce mémoire, auquel quelques observations récentes ajoutent un grand intérêt.

1° Peu de temps après l'ingestion du quinquina dans l'apyrexie, le pouls s'élève, la chaleur augmente à la surface du corps. On donne de petites doses de ce médicament aux valétudinaires dont la marche est chancelante et l'estomac paresseux, qui, en un mot, ont l'organisme affaibli; dès qu'on vient d'en avaler une dose un peu forte, on sent à la région épigastrique une chaleur fébrile. Le docteur Lelli ayant donné six gros de sulfate de quinine à une de ses malades, lui occasionna un empoisonnement qu'il fallut combattre par de copieuses saignées et d'autres contre-stimulants.

2° On associe l'opium et le vin au quinquina pour en accroître la vertu stimulante, et on recommande aux habitants des lieux où règne endémiquement la fièvre intermittente de prendre de temps en temps du vin de quinquina, et de suivre un régime fortifiant. C'est par ce moyen qu'on entretient la santé dans la campagne de Rome et les Marais-Pontins.

3° On proportionne la dose de l'anti-périodique au degré de la fièvre intermittente; ainsi on la double, on la triple, dans la pernicieuse, de celle qu'on donne dans la légitime. Les débilitants, tels que la saignée, les purgatifs, rappellent la fièvre intermittente ou la rendent rebelle à l'action du fébrifuge: *rien n'est plus inconvenant*, dit Murray, *que de faire boire de la limonade, des émulsions pendant l'usage du quinquina.*

4° La méthode endermique démontre également l'action irritante du sulfate de quinine; pour peu qu'on applique de cette poudre sur le derme mis à nu, on excite une douleur vive qui cause de l'inflammation, et ensuite de la suppuration.

5° A Sermoneta, petite ville de la campagne de Rome, à quelques milles du bord de la mer, un voiturier vigoureux, après avoir essuyé la maladie endémique, fut atteint d'une grave pneumonie dans l'hiver de 1832 à 1833. La phlegmasie tirait à sa fin, comme le témoignaient une expectoration louable, le rhythme naturel du pouls, la température du corps, et la cessation presque complète de tout embarras thoracique. Survint tout-à coup un violent frisson, avec vomissement et déjections alvines; la face prit un aspect cadavérique, et la vie parut menacée. Passé quelques heures, le second stade se déclara, et ensuite le troisième, qui amena l'apyrexie. L'auteur ne balança pas à donner la quinine, et la fièvre ne reparut plus; mais les symptômes presque éteints de la pneumonie se ranimèrent un peu; l'expectoration se supprima; les crachats cessèrent d'être de bonne qualité, et le convalescent allait éprouver une rechute, si je n'étais revenu à la méthode anti-phlogistique; il n'est pas douteux que cette exaspération était due à la substance alkaloïde qu'on lui fit prendre en grande quantité à l'issue du premier accès.

On pourrait citer un autre cas analogue, arrivé en 1838, avec cette différence que la fièvre intermittente existait primitivement lorsqu'une gastro-entérite vint la compliquer. Le traitement et le succès furent les mêmes.

6° Sans doute il y a de l'inconvénient à administrer la quinine dans l'inflammation d'un organe; mais quand celle-ci vient en surcharge à la fièvre intermittente, de deux indications inégales, il faut courir à la plus pressée et la plus facile à remplir; une fois que vous avez dédoublé la maladie par l'administration de l'anti-périodique, le traitement de l'autre affiction devient plus simple, et vous n'avez plus de rehaussement périodique à redouter.

7° Lorsque le quinquina commença à s'accréditer, on ne manqua pas de lui attribuer de grands inconvénients; on l'accusa principalement d'occasionner l'obstruction du foie, de la rate, et l'hydropisie, mais on ne tarda pas à observer que ces maladies venaient à la suite de la fièvre intermittente trop prolongée par l'absence totale de l'écorce du Pérou. Voyant que les purgatifs et toute l'ancienne thérapeutique ne produisaient aucun bon effet, on recourut au quiquina; dans cette conjoncture, il fallut une extrême circonspection, parce que s'il y avait déjà quelque affection inflammatoire chronique à un viscère, elle s'augmentait sous l'influence du fébrifuge: la guérison s'obtenait plus facilement quand l'affection viscérale n'était encore qu'une congestion sanguine résultant de la réaction vasculaire, non encore arrivée à l'état inflammatoire. C'est au médecin à bien discerner, avant d'agir, la condition pathologique à laquelle il a affaire. Une fièvre rémittente s'aggraverait, acquerrait de l'exacerbation par le quinquina, et avancerait la mort du malade. En voici un exemple:

Un jeune prêtre de Frosinone fut atteint en 1836 d'une pneumonorrhagie qui finit par produire la fièvre de suppuration. Un vieux

médecin appelé en consultation vit dans la maladie consécutive une fièvre périodique essentielle susceptible d'être guérie par le quinquina et les poudres *anti-périodiques*. Je dus laisser faire, dit M. Lelli, n'ayant plus la confiance de mon client, et je me contentai d'observer. Au bout de huit jours de la nouvelle médication, les redoublements étaient plus forts le soir et les sueurs nocturnes plus abondantes. Le médecin clinique en convenait ; toutefois il voulut persister dans sa méthode, et, attribuant son échec à la mauvaise qualité du fébrifuge, il en fit prendre chez un autre pharmacien. Même résultat, et le jeune homme expira au milieu des plus belles espérances.

8° Un médecin qui voit beaucoup de malades, surtout dans un hôpital, peut se tromper sur le caractère d'une fièvre et prendre un redoublement pour le second stade d'une intermittente légitime. Dès qu'il s'est aperçu de sa méprise, il doit s'empresser de supprimer l'anti-périodique. Une femme avancée en âge, convalescente d'une fièvre intermittente, entra à l'hôpital de Saint-Salvator à Rome, en octobre 1829. Elle était d'un tempérament leuco-phlegmasique et se plaignait d'un léger mal de gorge. Saignée du bras. A la visite du soir, sueur abondante et diminution notable de la fièvre. Je prescrivis le fébrifuge qu'on lui fit prendre dans la nuit comme je l'avais recommandé. Le lendemain matin je reconnus que la maladie était une angine tonsillaire. Je renonçai au fébrifuge pour recourir à la saignée générale et locale. La guérison fut prompte.

9° En automne, les fièvres pernicieuses sont si fréquentes dans les environs de Rome, que toute maladie qui survient inopinément avec quelques symptômes graves et irréguliers est soupçonnée du caractère endémique. Un gentilhomme était convalescent d'une gastrite. Au sortir de table, tout à coup il est pris d'un violent frisson et le pouls se développe comme dans une fièvre d'accès. Le lendemain matin apyrexie, et l'après-midi la scène morbide se renouvelle. (Automne 1837.) J'essayai à la fin de la fièvre une dose de quinine. Dès lors cette fièvre perdit son type intermittent et se changea en continue. Chaleur brûlante à la langue et par tout le corps. La quinine me servit de pierre de touche, je vis que j'avais attaqué une fièvre inflammatoire avec un puissant tonique, et je m'empressai de le remplacer par deux saignées, la digitale à doses progressives et la diète. Passé quatorze jours, il ne resta pas trace de fièvre ni d'aucun de ses symptômes concomitants.

Emploi de l'iode combiné avec le mercure, déterminant la résorption des abcès produits par l'inflammation du périoste.

M. Hancke, médecin militaire à Posen, rapporte trois cas dans lesquels il a obtenu la résolution de tumeurs dues à l'inflammation du périoste, et même la résorption du pus déjà formé. Ce résultat est d'autant plus heureux que, lorsque ces tumeurs viennent à s'ouvrir, l'os s'ulcère et se carie, et la cicatrisation, si même on peut l'obtenir, se fait avec une extrême lenteur. Les trois malades en question portaient des marques irrécusables d'anciennes affections scrofuleuses. Chez le premier, jeune homme de vingt-six ans, la tumeur avait son siége au front et reconnaissait pour cause un coup reçu sur cette partie. Le second, âgé de vingt-un ans, présentait une tuméfaction énorme de la main gauche résultant de la percussion répétée de cette partie sur la crosse du fusil pour faire résonner les capucines. Chez le troisième, âgé de dix-neuf ans et demi, la tubérosité interne du tibia avait pris, sans cause extérieure connue (si ce n'est peut-être la pression du genou contre la selle du cheval) un développement considérable. Dans les trois cas la fluctuation se faisait reconnaître plus ou moins profondément. On prescrivit d'abord, suivant l'urgence, des applications de sangsues, l'émétique et les purgatifs salins. On administra ensuite chaque jour, matin et soir, un quart de grain ou un demi-grain de calomel mêlé avec du sucre en poudre, et de plus trois cuillerées, en vingt-quatre heures, de la préparation ci-après :

Prenez : Iode	2 à 3 grains,
Hydriodate de potasse	1 scrupule,
F. D. dans :	
Eau distillée ou bien	
Eau dist. de menthe	4 onces
Ajoutez :	
Mucil. de gr. de lin	2 onces,
Sucre blanc	demi-once.

En même temps on employait en frictions la pommade suivante :

Onguent gris	1 once,
Iode	8 grains,
Hydriod. de potasse	1 gros et demi.

La partie malade était ensuite soigneusement enveloppée de flanelle. L'usage du mercure fut suspendu aussitôt que la salivation se manifesta. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs diminuèrent par degrés, la fluctuation disparut insensiblement, et la guérison fut complète au bout de quelques semaines.

(*Medizinische Zeitung.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 26 mai.)

Anévrisme de l'iliaque externe; ligature de l'iliaque primitive; circonstances extraordinaires pendant l'opération; guérison, par M. *Deguise.*

Le 10 février 1840 est entré à l'hospice de Charenton un homme âgé de quarante-deux ans, exerçant la profession de charpentier : il éprouvait depuis trois semaines à peu près des douleurs dans l'aine. Le matin du 10 janvier, étant à son ouvrage, il fut subitement arrêté, dans un violent effort, par une très-vive douleur dans l'aine droite. Obligé de discontinuer son travail, il vint réclamer à Charenton les soins de M. Deguise.

Ce chirurgien reconnut, dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade fémorale, une tumeur paraissant avoir le volume d'un œuf de poule, offrant des battements évidents qu'elle perdait par la compression de l'aorte, en même temps que son volume diminuait sensiblement. Par la compression de l'artère fémorale les battements devenaient plus forts et le volume plus considérable. Il n'y avait à la peau, vis-à-vis la tumeur, aucun changement de couleur.

A ces signes, M. Deguise reconnut l'anévrisme de l'iliaque externe et se décida à tenter la ligature de ce vaisseau au-dessus de la tumeur.

Dans l'opération la tumeur fut ouverte par accident et donna des flots de sang que la compression de l'aorte arrêta presque aussitôt.

Lorsqu'on eut jeté une ligature sur l'artère iliaque externe et que l'aide eut cessé la compression de l'aorte, une nappe de sang s'échappa du fond de la plaie; l'artère avait été coupée par la ligature; il fallut donc aller lier l'iliaque primitive.

Dès lors tout écoulement de sang cessa; cependant, craignant que le bout inférieur, ou le sac anévrismal ouvert ne devînt le siége d'une hémorrhagie secondaire, M. Deguise se décida à lier l'artère fémorale immédiatement au-dessous du pubis. Malheureusement la veine fémorale était située au côté externe de l'artère et fut ouverte avec le bistouri. On passa immédiatement une ligature autour de la veine, au-dessous de la plaie et on continua l'opération; une ligature fut également jetée sur l'artère fémorale.

On fait un pansement simple avec une douce compression; le membre est tenu dans la demi-flexion et recouvert de sable chaud.

A la fin du mois d'avril toutes les plaies étaient cicatrisées et le malade pouvait marcher.

Discussion du rapport lu dans la séance dernière, par M. Bouillaud, sur un mémoire de M. *Nonat.*

M. Gerdy. Il est dit dans le mémoire que la moelle sent, a la conscience des sensations tactiles, et qu'au cerveau seul appartiennent les sensations parfaites dont l'animal entier a conscience. — La moelle a conscience des impressions tactiles? Mais qu'est-ce donc que la sensibilité tactile, si ce n'est la faculté de juger de la forme, de l'étendue, de l'état des surfaces, du sec, de l'humide? Quel est donc le physiologiste qui a vu la moelle, mise à découvert, donner à un animal des notions sur toutes ces choses. M. Nonat dit qu'après l'ablation des lobes cérébraux et du cervelet, la sensibilité tactile persiste. Ce n'est pas sensibilité tactile qu'il fallait dire, mais sensibilité physique; car les animaux soumis à cette mutilation ne peuvent ressentir que de la douleur, et nullement juger des qualités qu'apprécie le toucher.

La faculté de sentir, de percevoir, de vouloir, n'a qu'un siége unique dans le cerveau, les lobes, le cervelet, la protubérance; cette faculté est diminuée quand on enlève une ou plusieurs de ces parties; abolie quand on les détruit toutes trois.

(Séance du 2 juin.)

Suite de la discussion du rapport de M. *Bouillaud sur le mémoire de* M. *Nonat.*

M. Bouvier. En reprochant à M. Nonat d'avoir donné pour siége à la sensibilité tactile le bulbe rachidien, on a fait à ce médecin une querelle de mots. Personne n'a pu comprendre qu'il ait voulu attribuer à cet organe le toucher proprement dit, que chacun sait réservé aux membranes tégumentaires, et plus spécialement à quelques-unes de leurs parties. Il entendait par là seulement que toutes les impressions de toucher et de tact, toute sensibilité spéciale et générale ou physique, comme le veut M. Gerdy, viennent en définitive aboutir au bulbe rachidien, et que ce bulbe lui-même est doué de sensibilité.

Je crois que M. Nonat, en répétant des expériences connues, et en faisant des expériences nouvelles sur des animaux vivants pour éclairer les fonctions du système nerveux, a bien mérité de nous, et qu'il doit être encouragé à poursuivre ses recherches, et je propose le renvoi de son mémoire au comité de publication.

— M. Bouillaud fait remarquer que M. Gerdy n'a guère attaqué son rapport sur ce qui touche à la sensibilité; cependant il a voulu établir une sensibilité physique propre à la moelle, distincte de la sensibilité tactile propre à la peau. Selon M. Bouillaud, cette distinction est fort subtile; car si la moelle est détruite, où se trouve la sensibilité tactile?

En parlant des mouvements, M. Gerdy a avancé que vouloir commander et exécuter sont une seule et même chose pour le cerveau; on voit tous les jours des hommes avoir toute leur intelligence, toute leur volonté, et être néanmoins dans l'impossibilité d'exécuter tel mouvement ou tel ensemble de mouvements.

M Bouillaud arrivant aux preuves matérielles présente à l'Académie trois pigeons et un lapin sur lesquels il a fait des lésions de différentes parties des centres encéphaliques.

Voici, dit-il, un premier pigeon auquel j'ai profondément cautérisé les lobes cérébraux; il est vivant, mais idiot; indifférent à tout, il ne fuit plus le danger.

— M. Gerdy. L'animal se gratte, il étend ses ailes pour éviter une chute quand on le jette en l'air, donc il n'est pas idiot.

— M. Bouillaud. Sur cet autre pigeon j'ai cautérisé le cervelet, et voilà que l'animal ne peut rester en place; il tombe d'un côté, de l'autre, s'agite perpétuellement; mettez-le debout et il ne peut garder son équilibre; veut-il marcher, il n'exécute que des mouvements désordonnés. J'ai fait la même expérience sur le troisième pigeon, mais la cautérisation a été plus profonde, aussi les désordres fonctionnels, tels que l'agitation, le défaut d'équilibre sont-ils plus marqués.

— M. Gerdy. Nous voyons le contraire de ce que vous dites : cet animal est plus tranquille que le précédent.

— M. Bouillaud. Voici un jeune lapin dont les

lobes cérébelleux sont également cautérisés, et qui offre les mêmes phénomènes.

(M. Gerdy interrompt encore pour faire remarquer, comme cela est vrai, que ces deux animaux ne se remuent que lorsqu'on les touche.)

Après quelques réflexions de M. Londe, M. Gerdy prend la parole avec une grande véhémence. Il démontre comme quoi les expériences de M. Bouillaud ont fourni des résultats tout-à-fait opposés à ceux qu'il annonçait ; et il prétend qu'il n'en est jamais autrement dans les vivisections. Laissons-le parler.

— D'abord vous dites que vous cautérisez, coupez les organes, et vous ne savez seulement pas ce qu'attaquent votre couteau et votre cautère; pour le savoir il faudrait une dissection minutieuse que vous ne faites pas.

Le mémoire de M. Nonat ne contient et ne peut rien contenir de neuf; car jusqu'à présent assez d'hommes ont depuis quelques années tranché le cerveau dans tous les sens, et ils n'ont pas l'habitude d'y découvrir grand'chose. Il n'a que le mérite d'avoir confondu la sensibilité tactile avec la sensibilité physique, avec la sensibilité générale. »

Résection des deux tiers du corps de la mâchoire inférieure pratiquée chez une femme.

M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie une femme sur laquelle il a pratiqué la résection des deux tiers du corps de la mâchoire inférieure, et chez laquelle on ne remarque sur la face aucune difformité venant de l'incision. Le procédé employé par M. Velpeau a le triple avantage de placer l'incision des parties molles au-dessous de la base de la mâchoire, de permettre au lambeau détaché de la tumeur de tomber de son propre poids sur la plaie faite par l'ablation de cette dernière, et enfin de simplifier beaucoup la section de l'os.

—M. Roux prétend s'être servi de cette méthode, il y a dix ou douze ans, pour enlever un ostéosarcome du menton.

(Séance du 9 juin.)

Continuation de la discussion du rapport de M. *Bouillaud sur le mémoire de* M. *Nonat.*

M. Castel : Messieurs, dans la séance dernière, quatre nouveaux interlocuteurs ont pris part à la discussion. Je ne conteste pas le discernement avec lequel le rapporteur de votre commission avait choisi de tels auxiliaires. Certes, ceux-là pouvaient le défendre *unguibus et rostris,* et cependant tous leurs actes ont été en désaccord avec ce qu'annonçait M. Bouillaud.

Vous aspirez à localiser les facultés, mais il faudra une localisation différente, spéciale, pour chaque classe du règne animal. Je puis me servir pour vous combattre de vos expériences mêmes. Voyez si les animaux à sang froid ne conservent pas, après certaines ablations de substance cérébrale, des facultés que des animaux d'une classe plus élevée perdent à la suite de ces ablations. Bien plus! la localisation des facultés ne saurait être d'une rigoureuse uniformité dans la même classe. Des canards, des coqs auxquels on avait coupé la tête, ont sauté et couru plus que les pigeons après cette excision.

Si chaque faculté avait un siége exclusif, il serait impossible de rendre raison du surcroît de finesse que les autres sens acquièrent lorsqu'un sens s'éteint.

Dans toutes les classes du règne animal, les résultats des lésions de l'encéphale sont plus lents ou moins prompts que dans l'homme. Pourquoi? parce que la sensibilité, l'un des deux agents primordiaux des fonctions, des facultés, de la vie, est plus concentrée dans la tête de l'homme que dans celle des animaux. Il est impossible, dans les expériences soumises au jugement de l'Académie, de conclure des animaux à l'homme. Une telle conséquence serait absurde; elle ferait rétrograder la physiologie. Elle nous ramènerait à l'époque à laquelle Willis écrivait que le sens commun était placé dans le corps strié, l'imagination dans le corps calleux et la mémoire dans la substance corticale.

— M. Bouillaud. J'ai fait tout ce qui a dépendu de moi pour éviter une discussion générale sur la méthode expérimentale. Cette dernière a été attaquée ; il est de mon devoir de répondre à ces attaques. Jamais aucun physiologiste n'a restreint cette méthode aux vivisections. Je remets devant les yeux de l'Académie les animaux qui ont subi, l'un la cautérisation des lobes cérébraux, l'autre la cautérisation du cervelet. Il est facile de voir que l'un est maître de ses mouvements, marche, s'équilibre avec assurance, tandis que l'autre en est incapable; il est comme épileptique. On m'a reproché de ne pas savoir à quelle profondeur s'étendaient les lésions que j'ai faites. Mais, dans deux mémoires que j'ai publiés sur les fonctions des lobes cérébraux et du cervelet, j'ai cité dix-huit expériences sur le cervelet et vingt sur le cerveau, dans lesquelles j'ai constaté ces lésions par l'autopsie faite long-temps après l'expérience et quand les parties blessées étaient déjà cicatrisées.

— M. Gerdy. Quand j'ai parlé de méthode expérimentale, je n'ai entendu par là que la méthode des vivisections : c'est elle seule que j'ai voulu combattre. Je suis d'accord avec M. Bouillaud quand il se borne à l'observation des faits. Mais quand il en vient à leur explication, là commence la scission entre nous. Mon vœu le plus ardent est qu'une commission soit nommée pour reprendre avec plus de sévérité qu'on ne l'a fait jusqu'ici toutes les expériences qui nous divisent maintenant. Je vote d'ailleurs pour les conclusions du rapport de M. Bouillaud.

Ces conclusions sont : de remercier M. Nonat, en l'engageant à continuer ses expériences; d'envoyer son mémoire au comité de publication, et de l'inscrire au nombre des candidats pour l'Académie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 4 mai.)

Mémoire sur les plaies sous-cutanées des articulations, par M. le D. Jules Guérin.

Dans un précédent mémoire sur les plaies sous-cutanées, considérées en général, l'auteur avait établi que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail inflammatoire et ont la propriété de s'organiser immédiatement. De là l'utilité de convertir en opérations sous-cutanées les opérations qu'on avait coutume de pratiquer jusqu'ici en divisant les téguments. Dans ce second mémoire, M. Jules Guérin a eu en vue de montrer, par des expériences sur les animaux et sur l'homme, que les plaies sous-cutanées des articulations peuvent, comme celles des tendons, des

muscles, des aponévroses, du tissu cellulaire, des nerfs et des petits vaisseaux, participer, au moyen de quelques précautions particulières, au bénéfice de l'organisation immédiate.

Expériences sur les animaux. — M. Jules Guérin a ouvert successivement sur deux chiens, par la méthode sous-cutanée, les articulations huméro-cubitales, radio-carpiennes, fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes. Dans les cas où ces plaies ont été faites hors du contact de l'air, elles ont été guéries immédiatement sans aucune trace d'accidents inflammatoires; seulement, lorsque les articulations ainsi ouvertes ont été laissées libres de leurs mouvements, il s'est formé autour des plaies des tumeurs synoviales; mais lorsqu'elles ont été maintenues au repos et dans l'extension permanente, la guérison s'est opérée sans accident aucun. Les plaies pratiquées de manière à permettre l'introduction et le contact permanent de l'air, ont été le siége d'inflammation et de suppuration, proportionnées en étendue et en intensité à l'étendue et à la durée du contact de l'air.

Expériences et opérations chez l'homme. — Prenant pour point de départ plusieurs faits fournis par l'observation pathologique, tels que les luxations traumatiques de l'épaule et de la cuisse, dans lesquelles il y a des déchirures plus ou moins considérables sous la peau des capsules articulaires non suivies d'inflammation, M. Jules Guérin a cru pouvoir appliquer à l'homme les résultats fournis par ses expériences sur les animaux. Il a fait un assez grand nombre de fois la section sous-cutanée des ligaments et d'une portion des capsules fibreuses du genou et du pied pour remédier à des difformités de ces articulations. Toujours ces opérations ont été exemptes d'accidents inflammatoires.

Les précautions à prendre pour garantir les plaies sous-cutanées des articulations de tout accident inflammatoire sont de pratiquer une très-petite ouverture à la peau, le plus loin possible de la plaie de l'articulation; de la pratiquer dans l'extension de l'articulation, et non dans la flexion; de soumettre cette dernière au repos le plus absolu. Ces deux dernières prescriptions sont la conséquence d'un fait que M. Jules Guérin a cherché à établir précédemment, à savoir : que les cavités articulaires sont, pendant les mouvements des articulations, le siége d'ampliations temporaires, d'où résulte, au sein de ces cavités, une tendance au vide, et, par conséquent, une succion sur l'orifice des plaies, communiquant avec l'air extérieur.

Applications chirurgicales. — Dans la troisième partie de son mémoire, l'auteur indique les applications qui pourront être faites des résultats fournis par les expériences précédentes à l'art chirurgical. Les collections séreuses, sanguines, purulentes des articulations, pourront être évacuées immédiatement sans danger. Parmi les applications que M. J. Guérin signale comme plus générales et plus importantes, il cite les incisions sous-cutanées des ligaments et des capsules articulaires, dans le but de maintenir fixe la réduction de certaines luxations congéniales ou anciennes, de provoquer des adhérences, ou de favoriser le développement de cavités articulaires nouvelles. Déjà l'auteur dit avoir obtenu, par cette méthode, la guérison d'une luxation congéniale de la clavicule, qui avait résisté à tous les moyens connus. Il a fait autour de l'articulation luxée des sections multiples de l'appareil ligamenteux, et il est parvenu, après deux opérations de ce genre, à en chasser l'extrémité de l'os luxé, dans un espace circonscrit, et à guérir complètement la difformité.

—

(Séance du 11 mai.)

Recherches sur la structure de l'encéphale et ses relations avec la forme du crâne, par M. Foville.

(Commissaires, MM. Dutrochet, Milne Edwards, de Blainville, rapporteur.)

Le rapport fait à l'Académie a renchéri sur la longueur du travail de l'auteur, en y ajoutant des réflexions sur l'ordre suivant lequel les anatomistes ont procédé dans l'anatomie du cerveau de l'homme et sur les coupes dont ils se sont aidés dans leurs études. M. Foville s'est, en général, servi de la coupe médiane. A l'avantage de pouvoir aisément permettre de poursuivre la genèse anatomique de la moelle allongée et des masses cérébrales, cette méthode joint l'inconvénient non moins grand de rompre toutes les commissures. Un des membres de la commission se sert d'un autre procédé qui consiste à découvrir l'encéphale par un des côtés de la tête, en enlevant successivement les muscles et les os qui le recouvrent latéralement jusqu'à la faux supérieurement et la série des trous de sortie des nerfs inférieurement.

M. Foville ne s'occupe, dans son mémoire, que des hémisphères du cerveau, qu'il envisage dans leurs rapports avec la moelle par le pédoncule, dans les circonvolutions qu'ils présentent à leur surface et même dans leur traduction par le crâne ou l'enveloppe osseuse.

L'espace ne nous permet pas de suivre l'auteur dans ses longues descriptions de structure, et la matière n'étant pas d'ailleurs éminemment pratique, nous nous bornerons au résumé suivant que donne le rapporteur des résultats auxquels les recherches contenues dans le mémoire de M. Foville l'ont conduit.

La moelle vertébrale se continue dans le crâne avec les trois faisceaux de fibres qui constituent chaque moitié latérale, sa substance grise, ses commissures et les deux sillons d'origine des nerfs.

Les ganglions sans appareil extérieur, qui la couronnent dans l'encéphale, en se soudant l'un à l'autre au-dessus d'elle, sont en communication directe avec elle par deux ordres de fibres, les unes par continuation de son faisceau postérieur, les autres par celles de l'antérieur, ce qui constitue leur pédoncule.

Celui du cerveau, en se subdivisant, va former, au moyen des fibres qui viennent des pyramides, tout le côté externe et convexe des hémisphères, et au moyen de celles qui viennent des faisceaux postérieurs, le corps calleux, les circonvolutions inférieures, externes et postérieures, pour se terminer dans les lobes olfactifs au quadrilatère perforé.

Mais, avant de se subdiviser, le pédoncule du cerveau est successivement entouré par six espèces d'anneaux, qui ont leur origine et leur terminaison dans le quadrilatère perforé, savoir, en marchant de dedans en dehors : les couches optiques, la bandelette semi-circulaire, les corps striés, une bandelette nouvelle; la voûte à trois piliers, comprenant le corps frangé, et enfin l'ourlet.

Le pédoncule du cervelet est également formé de deux ordres de fibres supérieures et inférieures; les supérieures en trois faisceaux, un médian, un

descendant et un ascendant, en connexion intime avec les faisceaux postérieurs de la moelle ; les inférieures constituant le pont de Varole et naissant du bord externe ou de presque toute la face inférieure des pyramides.

Le pédoncule des tubercules quadrijumeaux, beaucoup plus court et plus serré, est formé également d'un faisceau qui monte des pyramides et d'un autre qui vient du cordon postérieur de la moelle, le long de l'aqueduc de Sylvius.

Les nerfs cérébraux naissent aussi par deux ordres de racines, comme les nerfs vertébraux et comme les ganglions cérébraux, qu'ils soient ou non séparés dans toute leur étendue, sauf cependant les nerfs ou lobes olfactifs qui ne sont qu'une prolongation des nerfs supérieurs de la moelle.

Les nerfs optiques sensoriaux ne sont encore qu'une prolongation de ces mêmes cordons provenant du pédoncule, et les filets locomoteurs, même les pathétiques, viennent des pyramides.

Les nerfs de la septième paire, dans leur partie sensoriale (portion molle), sont en connexion évidente avec les corps restiformes appartenant aux faisceaux postérieurs, et dans leur partie locomotrice (portion dure), avec les pyramides.

Les circonvolutions du cerveau sont dans un rapport de développement et d'origine avec les parties du pédoncule. Du plan supérieur naissent les circonvolutions primitives de l'insula, et de la face inférieure temporale, sus-frontale, sus-cérébelleuse et de la face interne; et du plan inférieur naissent toutes les autres circonvolutions de la face externe, commençant au quadrilatère perforé, bordant la fissure de Sylvius, puis toute la grande circonférence de l'hémisphère, et revenant au point de départ.

Ces circonvolutions, en particulier, n'ont aucun effet sur la forme de la boîte osseuse, mais seulement en masse et comme formant, pour ainsi dire, la doublure épaissie des ventricules. Aussi les bosses frontales, occipitales supérieures, pariétales et temporales sont-elles en rapport de position et de développement avec les circonférences et les particularités des ventricules.

Cette conception anatomique du cerveau a conduit M. le D. Foville à renouveler quelques opinions physiologiques qu'il avait émises il y a quinze ans dans un autre travail sur l'encéphale, et en ajouter plusieurs autres en connexion avec la théorie de Bell. La commission les rapporte, bien qu'elle soit loin de les regarder encore comme rigoureusement acceptables.

La substance corticale du cerveau est le siége de la sensation et de la volonté, ou la partie active par excellence.

La substance fibreuse, ne traversant pas de masses ganglionnaires, est simplement conductrice, celle qui traverse des renflements ganglionnaires, de l'impression sensoriale de l'organe extérieur au cerveau ; celle qui n'en traverse pas, de la volonté du cerveau à la partie qui doit déterminer les mouvements volontaires.

Les lésions de la substance corticale sont les plus fréquentes chez les aliénés.

L'atrophie des circonvolutions et de la masse totale du cerveau, si fréquente chez les idiots, a commencé dans la substance grise, et a été suivie de celle de la substance blanche.

L'anatomie pathologique démontre que les lésions de la substance blanche intermédiaire à la substance corticale des circonvolutions aux pyramides, déterminent une paralysie croisée dans les organes du mouvement.

Elle ne parle pas d'une manière aussi positive dans le cas de lésions de la substance blanche intermédiaire à un organe des sens et à la substance grise.

Mais l'anatomie comparée paraît à M. Foville éclaircir ce que l'anatomie pathologique peut laisser d'obscur, en montrant que les parties intermédiaires aux organes des sens et au cerveau acquièrent chez les animaux un développement proportionnel à la force de l'odorat et de la vue.

Un des commissaires a depuis long-temps admis que les nerfs cérébraux pouvaient être considérés comme ne formant réellement que quatre paires, c'est-à-dire autant qu'il y a de vertèbres céphaliques et de trous de conjugaison, et que chacune de ces paires, sauf la première olfactive, est composée, comme les paires vertébrales, de filets d'origine supérieure et d'origine inférieure, c'est-à-dire dans la théorie de Bell, de nerfs sensoriaux et de nerfs locomoteurs. Mais alors l'origine attribuée au nerf pathétique et au nerf facial était évidemment en contradiction avec cette manière de voir, puisque, essentiellement locomoteurs, leur origine paraît cependant avoir lieu à la partie supérieure de la moelle. Pour éclaircir ce point, M. Foville a remis à la commission des additions à son mémoire.

Pour le pathétique que les anatomistes font généralement naître sur la valvule de Vieussens, en arrière des tubercules quadrijumeaux, mais dont M. Grainger descendait l'origine jusqu'au moteur oculaire commun, à travers le pédoncule du cerveau, M. Foville pense qu'elle a réellement lieu dans la partie du faisceau des pyramides qui monte obliquement vers la paire postérieure des tubercules quadrijumeaux, en sorte que les trois nerfs moteurs oculaires auraient une origine commune. Quelque probable que soit cette étiologie anatomique, la commission ne pense pas que M. Foville l'ait démontrée nettement.

Il a été plus heureux pour le nerf facial.

Quoique les névrotomistes les plus récents persistent à le décrire comme naissant presque au même point que le nerf acoustique du ruban gris sur le corps restiforme, M. Foville démontre qu'il en est tout autrement, même chez l'homme, où le faisceau fibreux, qui constitue cette racine, s'enfonce dans l'intervalle des fibres de la protubérance, et se combine avec les prolongements de la pyramide que celle-ci recouvre.

La commission finit par ces paroles : « L'étendue que nous avons donnée à notre rapport, afin que l'Académie pût établir son jugement d'une manière plus assurée, lui aura sans doute fait pressentir notre opinion sur l'importance que nous attachons au travail de M. Foville. Aussi, quoique nous ne puissions assurer d'une manière positive que toutes les assertions nouvelles qu'il renferme soient déjà complètement acceptables, c'est-à-dire qu'elles seront toutes rigoureusement confirmées par les trois moyens d'investigation que la science de l'organisation invoque aujourd'hui pour l'accomplissement et l'acceptation d'un fait scientifique, savoir, l'anatomie comparée, l'anatomie de développement et l'anatomie pathologique, nous ne craignons pas d'affirmer que le plus grand nombre des faits découverts par M. le D. Foville nous semble hors de doute, et surtout que la marche, le mode d'investigation suivis par cet anatomiste dans ses recherches sur l'encéphale sont complétement rationnels. Aussi sommes-nous bien convaincus que si les circonstances nécessaires pour les poursuivre convenablement lui sont offertes, on doit attendre de la continuation de ses travaux des résultats de la plus haute portée, aussi bien pour l'anatomie que pour l'étiologie et le traitement des maladies mentales, et par suite pour la physiologie et la psychologie.

En conséquence, nous proposons à l'Académie d'inviter fortement M. le D. Foville à continuer ses travaux, et d'insérer son mémoire et les développements qu'il y a ajouté dans le *Recueil des savants étrangers*.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

(Séance du 18 mai.)

M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Brochant de Villiers.

Il ne se passe dans cette séance rien qui intéresse les sciences médicales.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret et entend trois rapports faits par M. Dumas au nom d'autant de commissions pour les prix suivants :

« Grand prix des sciences physiques. (Développement du fœtus dans l'œuf.)» La question est remise au concours ; le jugement n'aura pas lieu avant deux ans au moins.

« Prix de physiologie expérimentale. »

Le prix est décerné à M. Payen, pour un travail sur l'amidon.

« Prix concernant les arts insalubres. »

Un prix de 2000 fr. est décerné à M. Vallat pour son lit de sauvetage destiné aux mineurs blessés.

(Séance du 25 mai.)

M. Gay-Lussac, au nom de la majorité de la section de physique, propose d'ajourner à six mois l'élection pour la place vacante par suite du décès de M. Poisson.

Après une vive discussion, l'Académie est invitée à se prononcer, par voie de scrutin, sur la proposition d'ajournement :

Le nombre des votants est de 46
Pour l'ajournement. . . . 15
Contre. 30

Un billet blanc.

La majorité de l'Académie s'étant ainsi prononcée contre l'ajournement, la section de physique est invitée à présenter, dans la prochaine séance, une liste de candidats.

Mémoire sur les sympathies existant entre les diverses parties du corps, par M. Budge.

(Commissaires, MM. Magendie, Flourens, Serres, Breschet.)

Ces sympathies tiennent, suivant l'auteur, à ce que les nerfs, à l'influence desquels les organes sont soumis, prennent leur origine dans des points très-voisins de l'encéphale, de sorte qu'une excitation qui a lieu dans cette région commune doit habituellement agir à la fois sur les nerfs qui en partent, et par suite sur les fonctions des organes auxquels ces nerfs se distribuent.

M. Budge a cherché à déterminer, tant sur des animaux récemment tués, que sur des individus vivants, quels sont les points du cerveau avec lesquels les organes, siéges de ces sympathies, se trouvent en rapport, et ce rapport il le conclut des mouvements que détermine dans les tissus contractiles de l'organe une irritation mécanique ou chimique exercée sur un point déterminé de l'encéphale.

Dans une expérience faite sur un chat mâle, âgé de douze ans, il a vu qu'en piquant avec la pointe d'un scalpel ou touchant avec la potasse caustique un certain point de l'hémisphère gauche du cervelet, on déterminait un mouvement dans le testicule droit qui changeait de position par rapport au cordon spermatique et semblait en même temps se gonfler. En agissant sur l'hémisphère droit, c'était le testicule gauche qui était affecté.

Chez une chatte, des mouvements analogues dans la corne de l'utérus se sont produits sous l'influence d'une excitation portée sur le cervelet.

Des mouvements de l'estomac et des intestins ont apparu à la suite d'irritations portées sur la moelle épinière ; mais en agissant sur des points de plus en plus élevés, l'auteur a trouvé le point de départ dans l'encéphale même. Ainsi le gros intestin en entier et la partie supérieure de l'intestin grêle réagissent, quand on irrite les deux lobes du cervelet. Le reste de l'intestin grêle, est beaucoup influencé par l'irritation des tubercules quadrijumeaux, des corps cannelés, et des couches des nerfs optiques, surtout de la moitié droite de ces organes. L'estomac ne peut être mis en mouvement que par l'excitation du corps cannelé droit et de la moitié droite de la couche des nerfs optiques.

M. Budge avoue que ces expériences ne lui ont pas toujours réussi, sans qu'il ait pu se rendre compte des causes de non-succès autrement qu'en les attribuant à des idiosyncrasies; il assure d'ailleurs que, quand il y a eu des résultats produits, ce sont toujours ceux que l'on avait pu prédire d'avance. Les chats mâles, non châtrés, préalablement soumis à un jeûne de quelques jours, sont les sujets les plus convenables, surtout lorsqu'ils sont vieux.

Sur la guérison du strabisme au moyen d'une opération chirurgicale; nouvelle communication de M. Dieffenbach.

Les succès annoncés, il y a deux mois, par ce chirurgien se soutiennent ; il compte aujourd'hui deux cent dix-huit opérés. Il a fait les remarques physiologiques suivantes sur ses malades :

1° Les sujets qui louchent d'un œil seulement, et en dedans, ont très-souvent la pupille dilatée dans l'œil dévié. Le contraire a lieu dans l'état physiologique. Dans cet état de dilatation, la vue est double, et quelquefois elle est double dans l'œil dévié.

2° Lorsque l'on coupe le muscle droit interne, la pupille se contracte, et si le degré de contraction est égal à celui de l'autre œil, la vue est correcte. Si, au contraire, il y a encore inégalité dans les ouvertures papillaires, la vue reste ou devient double.

Cet état se fait remarquer pendant les quinze ou vingt premiers jours qui suivent l'opération, et insensiblement cette disposition disparaît.

3° M. Dieffenbach a dû plusieurs fois couper le tendon du muscle grand-oblique, lorsque l'œil était porté en dedans et en haut ; aussitôt le globe oculaire tombait brusquement et venait se placer dans le milieu de l'ouverture des paupières.

4° Lorsque le strabisme est divergent, il suffit de couper le muscle droit externe pour donner à l'œil une autre direction ; mais il arrive souvent, dans ces cas de strabisme en dehors, que l'œil est porté en dedans après l'opération, de sorte que l'on a changé le strabisme divergent en strabisme convergent ; il faut attendre quelque temps pour donner au muscle externe les moyens de

contracter de nouvelles adhérences avec le globe de l'œil, et alors on coupe le muscle interne; dès lors aucun obstacle ne s'oppose plus au redressement de l'œil, et par ces deux opérations on a corrigé toute difformité.

5° Il a quelquefois aussi été obligé de couper le muscle droit supérieur dans quelques cas de strabisme en haut. Cette opération est beaucoup plus difficile à exécuter que la section des autres muscles; mais elle ne présente aucune particularité remarquable.

Remarques de M. Roux *à l'occasion de la lettre de* M. Dieffenbach.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne doute nullement de la vérité des faits dont le chirurgien de Berlin vient de doter la science. Mais il n'est pas sans arrière-pensée sur l'efficacité définitive de sa méthode dans le traitement du strabisme. M. Roux s'appuie sur ce que l'inégalité d'action des muscles qui produit cette difformité et l'entretient immédiatement, n'est le plus souvent, selon lui, que secondaire ou consécutive à quelque lésion physique ou dynamique de l'œil lui-même. Lorsqu'il a commencé dans la première enfance, il naît, le plus souvent, d'une inégalité de force ou de sensibilité des yeux. C'est l'œil le plus faible qui devient strabique, et le strabisme ne cessera qu'à cette condition, que la faiblesse de l'œil cessera. Un peu plus tôt, un peu plus tard, si la section a été faite, ne s'établira-t-il pas un nouveau strabisme en sens contraire de celui qui existait, par le jeu exclusif du muscle opposé à celui qui aura été coupé? Et, supposé qu'on fasse la section de cet autre muscle, l'œil ne restera-t-il pas privé complètement de ses mouvements latéraux ou d'horizontalité?

M. Roux termine en disant qu'il saisira les premières occasions de s'assurer par lui-même de la valeur de la méthode de son confrère d'Allemagne. Il a même déjà cherché à se familiariser avec cette opération délicate par des essais sur le cadavre.

NOUVELLES.

PRIX ET CONCOURS.

Résultat du concours ouvert en 1839, par les rédacteurs des annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1° Concours de médecine légale.

Il est accordé à M. Malle, professeur à l'Ecole militaire de Strasbourg, une médaille d'encouragement pour son mémoire médico-légal sur les cicatrices.

2° Concours pour le prix de statistique des aliénés.

Il est accordé à M. le docteur Bouchet, médecin en chef des hospices des aliénés de Nantes, une mention honorable et une médaille d'or de la valeur de 200 fr., pour son mémoire sur la statistique des aliénés de la Loire-Inférieure.

A M. Aubanel, médecin de l'hôpital St.-Pierre, à Marseille, ancien élève de Bicêtre, et à M. Thore, également ancien élève de Bicêtre, une médaille d'encouragement pour un mémoire fait en commun par ces deux auteurs sur la statistique des aliénés de Bicêtre.

Les prix proposés pour 1840 sont les suivants :

1° Prix d'hygiène :

Le sujet de ce prix n'est pas déterminé; tous les mémoires manuscrits qui traiteront un point quelconque d'hygiène seront admis au concours. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

2° Prix de médecine légale.

La question suivante, déjà proposée l'an dernier, est remise au concours.

Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales, dans l'analyse des substances toxiques minérales ou végétales. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 600 francs.

3° Prix de statistique des aliénés.

L'auteur de la meilleure statistique des aliénés d'un des départements de la France recevra une médaille d'or de la valeur de 500 francs. Les concurrents feront connaître la topographie physique du département et sa population, en distinguant les sexes.

Les mémoires destinés au concours pour le prix d'hygiène devront être remis avant le premier janvier 1841, et ceux destinés au concours de la statistique avant le premier février de la même année, au bureau des *Annales*, chez J.-B. Baillière libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine 17, à Paris.

Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

Le rédacteur principal,
LEURET.

—

La Société de médecine d'Anvers, dans sa séance du 28 septembre, a proposé la question suivante pour le concours de 1841 :

« Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales. »

Une médaille d'or sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question. Les mémoires, écrits lisiblement en flamand, français, allemand ou latin, devront être remis (franc de port) avant le 1er janvier 1841, au secrétaire de la société.

Les auteurs sont tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la société; il est toutefois loisible aux concurrents d'en faire prendre copie.

—

Enseignement médical.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Biot, professeur d'astronomie à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut et du bureau de longitudes, professeur au collége de France, vient d'être nommé doyen de ladite Faculté en remplacement de M. Poisson, décédé.

— Un concours s'ouvrira le 9 novembre prochain à la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

—

Hôpitaux.

M. Leuret est nommé médecin en chef de la deuxième section des aliénés de Bicêtre.

— Un concours s'ouvrira le 7 août prochain pour la nomination à cinq places de médecins du

bureau central, dans l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 20 juillet.

—

Nouvelles sanitaires.

La variole a régné dernièrement à Bruxelles avec une grande intensité ; quelques enfants portant des cicatrices de vaccine en ont été atteints. La commission médicale locale a rappelé, par une circulaire adressée aux médecins, les mesures de précaution pour empêcher la propagation de la maladie, au nombre desquelles figure celle qui oblige les praticiens de déclarer à la police les personnes infectées auxquelles ils donnent leurs soins, sous peine d'une amende de 3 à 6 florins et d'un emprisonnement de un à trois jours.

A cette occasion aussi, le gouvernement belge, sur l'avis de l'inspecteur général du service de santé, vient d'ordonner la revaccination immédiate dans toute l'armée.

— Par suite de l'ordonnance concernant les chiens, le conseil de salubrité a rédigé l'avis qui suit :

« Toute personne mordue par un chien enragé ou soupçonné tel devra à l'instant même presser sa blessure dans tous les sens, afin d'en faire sortir le sang et la bave. On lavera ensuite cette blessure, soit avec de l'alcali volatil étendu d'eau, soit avec de l'eau de lessive, soit avec de l'eau de savon, de l'eau de chaux ou de l'eau salée, et à défaut avec de l'eau pure ou même de l'urine. Puis on fera chauffer à blanc un morceau de fer que l'on appliquera profondément sur la blessure.

— La peste exerce ses ravages à Smyrne et en Egypte depuis le commencement de la belle saison. Les paquebots à vapeur français ne prennent plus de passagers à bord depuis que la peste s'est déclarée sur le bateau à vapeur anglais à son arrivée à Malte, et à bord du steamer turc Hadschi-Baba à son arrivée à Smyrne. Il meurt environ trente personnes par jour, de la peste, dans cette dernière ville, qui contient deux cents pestiférés dans son lazaret. Depuis quelques jours un médecin français, M. de Laporte, y est arrivé avec le dessein de s'enfermer dans le lazaret pour étudier la peste à fond. On cherche à l'en détourner. M. de Laporte était chirurgien à bord du *Lavoisier*. Le gouvernement français lui a donné l'autorisation de se rendre à Smyrne.

—

Armée.

L'hôpital français de Mahon va bientôt être définitivement installé. L'établissement sera prêt sous peu de temps, et désormais nos soldats malades des fièvres seront transportés à l'îlot del Rey comme dans une sorte de maison de santé, sans avoir encore à supporter les fatigues d'une longue et pénible traversée.

— Par ordonnance royale en date du 24 mai, M. Courbassier a été nommé chirurgien-major à l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

— On a fait, il y a trois jours, au ministère de la guerre, des essais qui intéressent vivement nos braves soldats de l'armée d'Afrique. Il s'agit de caissons suspendus, destinés au transport des blessés. Ces essais ont parfaitement réussi.

—

Mélanges.

Il y aura au mois de septembre prochain au moins deux congrès scientifiques en Europe, l'un à Turin, l'autre à Erlangen en Bavière.

— M. Bruno-Taron, qui était parti pour Téhéran, en qualité de médecin en chef de l'armée persane, a cru devoir renoncer à son voyage à cause de la lenteur que Hussein-Khan apporte dans l'exécution de ses traités. M. Taron s'est arrêté à Constantinople, où il a été nommé, par le gouvernement de S. H., directeur général du service de santé dans la province de Silistrie.

IV. — ANATOMIE.

Les belles collections d'Arnold et de Scarpa, que nous avons successivement données, témoignent assez que nous tenons à remplir le but que nous nous étions proposé, d'offrir à nos lecteurs les planches les plus importantes d'anatomie normale ou pathologique. Ainsi continuerons-nous à reproduire ce que les anatomistes étrangers mettent au jour de plus curieux, tout en ayant soin d'entremêler ces collections de dessins propres qui en rompent l'uniformité.

Au commencement de ces dix dernières années, un médecin anglais distingué, le docteur Hooper, a donné une monographie pathologique des maladies de l'utérus, accompagnée de vingt planches qui en reproduisent les formes les plus importantes. Son ouvrage, éminemment pratique, parle plutôt aux yeux qu'à l'imagination et à l'esprit ; c'est un tableau animé, où, avec un texte clair et concis, il fait passer devant eux les images les plus fidèles et où il a poussé le scrupule jusqu'à donner les dimensions naturelles des organes, excepté dans deux cas où cette exactitude eût été tout-à-fait impossible.

C'est cette collection que nous entreprenons d'offrir à nos lecteurs. Nous en donnons dès aujourd'hui deux planches. La première représente deux états de l'utérus et de ses annexes qu'on ne trouve nulle part ailleurs, savoir : un utérus parfaitement sain chez un fille vierge de vingt-deux ans, et un utérus pendant l'excrétion menstruelle.

Un professeur de la Faculté de médecine, M. Cruveilhier, publiera aussi des planches d'anatomie morbide d'utérus dans son grand traité d'anatomie pathologique. Ceux qui possèdent cet ouvrage ne seront peut-être pas fâchés de mettre en regard ces deux savantes productions. Ceux, au contraire, qui ne le possèdent

pas, et c'est probablement le plus grand nombre, pourront y suppléer par les planches de Hooper pour ce qui concerne l'utérus.

Les quatre autres planches de l'atlas sont des études anatomiques, pathologiques et comparées de l'aine, par Hesselbach et Langenbeck.

PLANCHE 85.

Région fémoro-abdominale privée du fascia superficialis (d'après Hesselbach).

1. Épine iliaque antérieure et supérieure.
2. Partie inférieure du muscle grand oblique.
3. Ligament inguinal externe.
4. Bord falciforme du fascia lata, résultant de la lame criblée du fascia lata. On voit un passage pour les vaisseaux cruraux dont la marge externe est moins marquée que chez la femme.
5. Lame criblée de l'entonnoir.
6. Partie supérieure de la cuisse recouverte du fascia lata.
8. Ligne blanche.
9. Pilier interne de l'anneau.
10. Paroi postérieure de l'anneau inguinal.
11. Pilier externe de l'anneau.
12. Épine du pubis.
13. Symphyse pubienne.
14. Veine fémorale dans l'entonnoir.
15. Veine saphène interne.
16. Marge formée par la résection des deux lames du fascia superficialis.

PLANCHE 86.

Région inguinale externe chez la femme.— On a enlevé le fascia superficialis et les deux lames criblées du fascia lata et de l'entonnoir (d'après Hesselbach).

1. Épine iliaque antérieure et supérieure.
2. Ligament inguinal externe ou bord tendineux du muscle grand oblique.
3. Deux ouvertures du fascia lata destinées au passage des vaisseaux tégumentaires.
4. Veine saphène interne se vidant dans la fémorale.
5. Veine crurale derrière l'extrémité inférieure de la lacune externe. Pour faire voir la position de cette veine on a enlevé de la marge externe de la lacune le prolongement du fascia lata sur la veine crurale jusqu'à la paroi postérieure de la lacune.
6. Partie supérieure de la cuisse recouverte par le fascia lata.
7. Ligne blanche.
8. Pilier interne de l'anneau inguinal externe.
9. Pilier externe du même anneau.
10. Paroi postérieure de l'anneau.
11. Tubérosité du pubis.
12. Symphyse pubienne.
13. Paroi postérieure de l'entonnoir destiné au passage des vaisseaux cruraux.
14. Corne supérieure du bord falciforme, résultant d'une dissection grossière.
15. Marge semi-lunaire de l'anneau crural factice.
16. Marge inférieure du même anneau représentant une sorte de croissant.

PLANCHE 87.

Pathologie de l'utérus (d'après Hooper)(n. 1).

Utérus et ses dépendances, vus par la partie postérieure, chez une femme de quarante ans. La cavité du col utérin est complètement oblitérée, tandis que celle de l'utérus est au contraire très-élargie.

AA. L'utérus dont les parois sont très-amincies, mais à l'état sain.

B. Fond de l'utérus.

CC. Col utérin allongé, élargi et induré.

DD. Le vagin, dont la plus grande partie a été enlevée pour laisser voir l'oblitération du museau de tanche, et la destruction complète de ses lèvres.

EEE. Abcès qui se sont rompus dans la cavité utérine. On en a enlevé une partie pour mieux exposer le reste.

F. Cavité de l'utérus de laquelle on a retiré six onces de bon pus. — aa. Bout de plume qui maintient les parois distendues.

GG. Les ovaires avec plusieurs cicatrices.

HH HH. Trompes de Fallope.

I I. Bords frangés des trompes.

PLANCHE 88.

Etudes anatomiques et médico-chirurgicales de l'aine (d'après Hesselbach et Langenbeck).

Elle représente une hernie crurale dans la région inguinale externe de l'homme (Hesselbach).

1. Epine iliaque antérieure et supérieure.
2. Ligament inguinal externe.
3. Lacune laissée pour le passage des vaisseaux cruraux.
4. Veine crurale.
5. Grande veine saphène.
6. Partie inférieure des muscles abdominaux.
7. Anneau inguinal antérieur.
8. Fascia lata.
9. Sac herniaire partagé en cinq poches

par l'effet de la texture tendineuse et réti-forme de la lacune.

PLANCHE 89.

Cette figure, qui appartient à Langenbeck, représente une hernie crurale couchée sur les vaisseaux fémoraux.

10. Ligament de Poupart.
11. Muscle oblique externe renversé.
12. Muscle oblique interne.
13. Artère crurale.
14. Hernie crurale couchée sur les vaisseaux fémoraux.
15. Orifice annulaire du fascia lata resserrant la hernie dans l'étranglement.
16. Veine crurale.
17. Artère épigastrique au-dessous du fascia lata et des muscles abdominaux, montant sur la paroi externe du sac herniaire.
18. Cordon spermatique, montré dans le canal abdominal, pour faire voir combien il est facile de le blesser dans l'opération.
19. Portion aponévrotique de l'oblique externe, faisant partie de la paroi postérieure du canal abdominal.
20. Pilier externe de l'anneau inguinal.

PLANCHE 90.

FIGURE I.

Pathologie de l'utérus (d'après Hooper) (n. 2).

Utérus et ses dépendances, vus par derrière, chez une fille vierge de vingt-cinq ans, bien conformée et d'une bonne santé.

A. Corps de l'utérus.
B. Fond de l'utérus.
C. Col utérin.
DD. Vagin mis à découvert par l'ablation de ses parties antérieure et inférieure.
EE. Lèvres du museau de tanche, entre lesquelles se voit l'ouverture par laquelle on pénètre dans la cavité utérine.
FF. Bords renversés du vagin.
GG GG. Le péritoine, etc., dans le point où on l'a divisé pour permettre d'entraîner l'utérus hors du bassin.
HH. Ligaments ronds.
II. Ligaments larges.
KK. Ovaires. Sur l'un d'eux est une cicatrice pareille à celle qui résulte de l'absence d'un œuf détaché de l'ovaire.
LL LL. Trompes de Fallope.
MM. Bords frangés des trompes de Fallope.
NN. Fil de soie introduit dans l'ouverture abdominale de la trompe où l'œuf est arrivé de l'ovaire, pour parcourir le trajet de la trompe de Fallope, et passer de là dans l'utérus.

FIGURE II.

Utérus et ses dépendances chez une femme de trente-cinq ans, habituellement bien portante, mère de deux enfants. Une portion considérable du corps de l'utérus a été enlevée pour mieux laisser voir la partie postérieure de sa cavité interne.

Cette femme a été tuée subitement par un accident, étant au troisième jour de l'excrétion menstruelle. On a donc cherché à représenter la membrane interne de l'utérus, recouverte de vaisseaux sanguins, formant une sorte de réseau distendu par du sang rouge.

A. Fond de l'utérus.
BB. Cavité interne du col mis à découvert par l'ablation de sa partie antérieure.
C. Lèvre supérieure de la portion vaginale de l'utérus.
DD. Bords renversés de la partie antérieure du vagin dont on a enlevé une portion.
EE. Les ovaires un peu plus gros qu'à l'ordinaire.
F. Cicatrices laissées à la surface de l'ovaire par la rupture des œufs.
GG. Trompes de Fallope, parcourues dans tout leur trajet par un bout de soie passé par leur ouverture dans l'utérus.
HH. Pavillon des trompes de Fallope.
II. Ligaments ronds.
KK. Ligaments larges.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
rue de Grenelle-St.-Honoré, 55.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 2. — AOUT 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Sur les courants de calorique considérés comme moyen thérapeutique.

Les travaux et les expériences de M. Guyot sur ce qu'il appelle l'incubation, ou sur l'emploi d'une atmosphère chaude dans le traitement des plaies, est un sujet digne de la plus grande attention. On ne peut pas douter que les modifications de la caloricité ne soient destinées à fournir les plus puissants moyens thérapeutiques, comme il est certain que tous les phénomènes de la vie sont dans une étroite dépendance des phénomènes de chaleur.

Deux séries de faits se présentent à la fois en ce moment pour indiquer cette vérité.

M. Guyot emploie avec succès comme moyen thérapeutique une température élevée et constante, et ce jeune savant est soutenu et dirigé dans l'emploi de ce moyen par une instruction et des idées théoriques que nous examinerons bientôt; et d'un autre côté Prœnitz, conduit par un empirisme pur, traite avec succès un grand nombre de maladies par l'usage d'un froid vif, et surtout par les plus brusques changements de température.

Les faits sont même beaucoup plus nombreux du côté de l'empirique que du côté de la méthode scientifique.

Quoi qu'il en soit, quelque théorie que l'on veuille adopter, il faut absolument qu'elle convienne à ces deux masses de faits, trop nombreux pour être négligés, et trop bien constatés pour être révoqués en doute.

Nous n'attachons pas ordinairement un grand intérêt aux théories, mais ici elles prennent un intérêt du premier ordre, 1° parce qu'elles influent sur la croyance aux faits annoncés; 2° parce qu'elles doivent diriger dans les recherches à faire, et que, faute d'un bon guide, on tombera dans un si grand nombre d'anomalies que le plus puissant moyen médical pourra être abandonné pour long-temps encore.

C'est dans cet esprit et dans cet intérêt que nous allons examiner la théorie de M. Guyot, et expliquer celle que nous croyons devoir la remplacer.

Sur ce principe parfaitement vrai, que la *cause prochaine et déterminante de la formation de tous les êtres organisés pour vivre est la chaleur*, M. Guyot conclut que la température, et *une certaine températ re*, est cette cause. Il y a là une grande erreur de principe scientifique, et même de logique ordinaire, que M. Guyot est d'autant plus excusable d'avoir commise, qu'elle règne encore dans les écoles.

Une *température* ne peut pas être une cause agissante ou déterminante d'un phénomène quelconque; une *température* est un état, une *position*, un *équilibre*, mais non une puissance ou une cause agissante; une *température* peut être une condition de la production de certains phénomènes, mais non la cause de ces phénomènes.

Ce principe étant d'une grande importance, nous l'éclaircissons par des exemples.

Le fer et le soufre ne se combinent pas à froid, il faut les élever à une certaine température pour qu'ils se combinent; la température est une condition de leur union, mais non *la cause*, que l'on attribue ou à l'affinité ou à toute autre puissance.

Pour prendre un autre exemple que M. Guyot a choisi lui-même, une machine à vapeur ne peut fonctionner qu'autant que sa chaudière est élevée à une certaine température, mais il n'y a encore qu'un équilibre, comme le dit M. Guyot, et pour que la machine fonctionne il faut, comme il le dit encore, que l'équilibre soit *habilement rompu*, c'est-à-dire que du calorique lui soit enlevé d'un côté et restitué de l'autre pour que la température se maintienne.

Ainsi les conditions de fonctionnement d'une machine à vapeur sont 1° la structure, 2° une certaine température; mais la cause efficiente de son mouvement, c'est le passage du calorique à travers les organes (si l'on veut nous passer ce mot).

M. Guyot a donc, suivant nous, fait une

faute de principe et de logique en regardant la température comme une *cause* au lieu de la regarder comme une *condition*.

Un œuf fécondé a en lui les matériaux et les causes agissantes de sa vie et de son développement, mais ces causes ne peuvent agir qu'à certaine température, et on en trouverait au besoin une explication toute naturelle dans la facilité avec laquelle les fluides se meuvent dans des espaces étroits, quand la température est élevée, tandis qu'à une température plus basse le mouvement se ralentit ou s'arrête.

Une faute de principe amène nécessairement d'autres erreurs dans l'appréciation des faits connus, que l'on fait plier involontairement sous le principe supposé.

M. Guyot admet que la température de l'incubation est la plus favorable à l'activité des organes; cependant la peau fortement refroidie par le contact de la neige prend un haut degré d'activité vitale.

M. Guyot admet que l'activité vitale est dans les divers animaux en proportion avec leur température; cependant les poissons jouissent d'une énergie et d'une rapidité de contraction musculaire égale et quelquefois supérieure à celle que possèdent les animaux à sang chaud.

L'équilibre de poids où ils se trouvent avec le fluide qui les entoure a été mal à propos considéré comme une raison d'une moindre action musculaire; car, en même temps, la densité du milieu oppose à leurs mouvements une résistance proportionnelle, et cependant des truites remontent des chutes d'eau.

Une certaine température déterminée est, suivant M. Guyot, la condition indispensable de la vie; cependant les poissons et une foule d'autres animaux peuvent vivre à toutes les températures dans une grande étendue de l'échelle thermométrique, ils prennent à peu près celle du milieu où ils vivent; le lézard a le corps brûlant au soleil et les poissons habitent des eaux de 0° à 25 ou 30° sans en souffrir, pourvu que le changement de température soit lent et que leur corps ait le temps de se mettre en équilibre: de là l'expression d'animaux à *température variable*, expression si heureusement substituée à celle d'animaux à sang froid et qui suffirait seule à renverser toute la théorie de M. Guyot.

L'erreur théorique et l'interprétation forcée des faits connus jettent un grand trouble dans les applications nouvelles. Si l'on veut appliquer la même température à tous les malades, les uns s'en trouveront bien, les autres mal; si l'on essaie une température plus élevée, elle sera funeste aux uns quand elle serait favorable aux autres; on sera conduit à cette singulière proposition qu'une température fixe est tantôt *tonique* et tantôt antiphlogistique; enfin comment expliquer, avec une pareille théorie, des guérisons de maladies graves, obtenues en exposant le corps couvert de sueur à des douches d'eau glacée?

M. Guyot est certainement un des hommes les mieux placés pour tirer actuellement un grand parti des phénomènes calorifiques comme moyen thérapeutique; mais il nous paraît qu'il n'aura de succès rapides dans cette belle carrière qu'en abandonnant son principe pour en adopter un autre que nous allons formuler le plus simplement possible.

L'œuf a en lui tous les éléments de son développement et de sa vie. Une certaine température est une condition de son activité.

L'être organisé, après la vie fœtale, n'a plus en lui la cause active de sa vie à venir, elle réside dans le passage du calorique à travers les organes, en sorte que pour vivre il faut qu'il produise et perde du calorique. Inutilement continuerait-on l'incubation et le maintiendrait-on à la même température, il ne saurait vivre sans courants, sans acquérir et perdre; c'est une machine à vapeur dont le robinet est fermé; si l'on ouvre le robinet, mais qu'on ne fasse pas de feu, la machine marche quelque temps, mais en se refroidissant, et elle ne tarde pas à s'arrêter.

Une certaine température est nécessaire pour les êtres vivants; cette température est un résultat fonctionnel qui dépend de la balance des acquisitions et des pertes, balance qui résulte de l'enchaînement de plusieurs fonctions.

La nécessité de cette température se conçoit très bien: ainsi, au-dessous de 0°, point de vie, parce que l'eau est solide, et qu'il ne peut y avoir de circulation; chez les poissons un sang blanc et fluide peut circuler à de basses températures; chez les animaux à sang rouge un sang plastique ne peut se mouvoir que sous la condition d'une température élevée.

Il n'y a pas un être qui puisse vivre s'il est précisément à la température du milieu ambiant ou s'il ne transpire.

L'énergie fonctionnelle est proportionnelle non pas à la température, mais à la quantité de chaleur qui traverse les organes, ou aux courants de calorique.

Avec ces principes tout s'expliquera, et M. Guyot fera d'heureuses applications.

Après une amputation on a à craindre des accidents qui dépendent d'une exaltation de la vitalité locale, il faut s'opposer aux courants de chaleur qui doivent traverser le moignon; ces courants dépendent 1° de la production interne de chaleur, 2° des déperditions externes qui se font par contact, par rayonnement et par vaporisation. Les praticiens ont coutume de s'adresser à la production, en mettant le malade à la diète et le faisant boire; ce qui a l'inconvénient d'affaiblir l'individu en général. Il faut envelopper le membre d'une atmosphère à une température telle que le moignon ne puisse rien perdre par contact et par rayonnement, et comme il resterait encore la transpiration, cette atmosphère doit contenir de l'eau en vapeur. La lampe à l'al-

cool est un bon moyen, préférable à l'huile, comme l'expérience l'a prouvé.

La température ne sera pas la même pour tous, car elle est relative à la faculté que possède l'individu de produire de la chaleur, plus élevée pour ceux qui en produisent davantage, moins pour ceux qui sont faibles.

Il faudra se garder d'employer une température trop élevée, car on produit alors des courants de l'extérieur à l'intérieur qui ont une forte action stimulante.

La température constante aura l'avantage accessoire, mais important, de maintenir la fluidité des liquides, de prévenir leur coagulation, et de faciliter conséquemment le dégorgement des parties malades.

Si la maladie est un vieil ulcère, la réaction organique manque, les mêmes moyens sont bons en élevant la température et produisant des courants de l'extérieur à l'intérieur.

Dans une affection interne qui guérirait si les fonctions de la peau prenaient une grande activité, ce qui est un cas très commun, si on active beaucoup la production interne de chaleur, et qu'on refroidisse vivement la peau, elle deviendra le siége de courants rapides, elle prendra une grande activité organique et la maladie guérira.

Dans un engorgement blanc, où les tissus, sans être complétement désorganisés, ont perdu l'activité nécessaire pour se débarrasser des fluides qui les engorgent, une température un peu plus élevée rendra de la vie aux tissus, et facilitera la circulation et l'absorption.

Nous nous arrêtons, car il n'est pas de cas auquel notre principe ne soit applicable, mais nous engageons M. Guyot à lire et à méditer le mémoire sur la chaleur animale publié par nous (1), et qui contient tous ces principes; nous pensons qu'il en conclura avec nous qu'un des plus puissants moyens thérapeutiques qui existent consiste à gouverner, modifier et régler les courants de calorique qui traversent les organes.

PELLETAN, *prof. à la Fac.*

3me LETTRE THÉRAPEUTIQUE A PIERRE BRETONNEAU.

II. Du traitement de la fissure à l'anus, par la ratanhia.

J'ai toujours pensé, mon cher maître, que l'opération chirurgicale devait être l'*ultima ratio* des médecins, et que, par conséquent, il fallait avoir épuisé toutes les juridictions thérapeutiques avant de recourir au fer. Cette opinion, je l'ai surtout puisée auprès de vous qui, confiant dans la puissance des moyens dont dispose le thérapeutiste, croyez avoir peu fait encore tant qu'il reste quelque chose à faire.

Dans le voyage que j'ai fait à Tours, l'année dernière, vous m'avez reparlé des guérisons nombreuses obtenues par vous à l'aide de la ratanhia, dans le cas de fissure à l'anus, et vous m'engagiez à essayer d'une médication qui, parfaitement exempte d'inconvénients, pouvait sauver au malade une opération rarement dangereuse, mais toujours douloureuse.

Quoique, depuis longues années, mon esprit soit docile à vos enseignements et que ce me soit facile de croire à tout ce que vous me dites, je n'aurais pourtant apporté peut-être qu'une demi-attention à ce nouveau précepte, si je l'avais trouvé rationnel; mais il choquait un peu trop les idées reçues, il était trop irrationnel pour que je ne fusse pas tout d'abord porté à y croire.

Le *credo quia absurdum*, si célèbre dans les écoles théologiques, et si vrai quand on veut bien en creuser le sens, s'applique à merveille à bien des recherches thérapeutiques.

Je me défie toujours d'une médication rationnelle, parce qu'elle peut n'être qu'une vue de l'esprit, et que le meilleur logicien me fera faire beaucoup de chemin, et de mauvais chemin, si les principes d'où découlent ses corollaires sont erronés. Or, les *principes* sont rares dans notre art comme dans tous les autres arts; et par conséquent le *rationnel* doit toujours être un peu suspect. Mais, au contraire, quand un homme éminent conseille un moyen qui heurte les idées reçues, qui a dû par conséquent naître presque d'emblée et sans principes générateurs, je suis disposé à croire; car il faut qu'une *vérité absurde*, c'est-à-dire non vraisemblable, soit bien *vraie* pour avoir trouvé créance.

A vrai dire, l'action de la ratanhia dans le traitement de la fissure ne pouvait guère venir à *posteriori;* il fallait y avoir été conduit par hasard, et l'explication, s'il y en avait une, ne devait venir qu'après la constatation expérimentale.

Boyer qui, le premier, avait admirablement décrit la fissure à l'anus, la faisait consister principalement dans une contraction spasmodique du sphincter, accompagnée de crevasses plus ou moins profondes, plus ou moins étendues. Les crevasses n'étaient qu'une complication, qu'un accessoire dans la maladie, et il suffisait de relâcher le sphincter par la section de ses fibres circulaires, pour faire cesser immédiatement la contraction spasmodique et amener la guérison.

Aujourd'hui presque tous les chirurgiens ne partagent pas l'idée de Boyer, sur le peu d'importance de la fissure en elle-même, et sur la prépondérance pathologique de la constriction; et, à cet égard, il se forma, en quelque manière, deux camps opposés: dans l'un on voulut ne s'occuper que de la constriction, en négligeant la fissure; dans l'autre on

---

(1) *Revue Médicale*, *déc.* 1836, et à la suite du *Manuel d'hydro-sudopathie*, par le D. Rigel; J. B. Baillère, 1840.

ne s'inquiéta que de la fissure et l'on pensa que la constriction, qui n'en était que la conséquence, cesserait d'elle-même dès que la cause aurait disparu.

C'est ainsi, mon cher maître, que se formèrent deux modes de traitement principaux. Les uns firent la section des fibres de l'anus même en dehors de la fissure, ou bien employèrent des pommades relâchantes dans lesquelles les extraits de solanées vireuses occupaient le premier rang ; les autres, s'attaquant à la fissure elle-même, l'incisèrent pour en faire un plaie simple (ce qui ne se comprend guère), y portèrent des caustiques, des cathérétiques, des pommades diverses, analogues à celles que l'on emploie dans le traitement des plaies rebelles siégeant sur d'autres points.

Toutefois l'incision prévalut, en quelque point d'ailleurs et dans quelque intention qu'on la pratiquât.

Certes, quand on voit tous les chirurgiens préoccupés, les uns presque exclusivement, les autres beaucoup trop encore, de la constriction spasmodique du sphincter, on ne peut pas être rationnellement conduit à injecter dans le rectum des médicaments les plus propres à exagérer cette constriction, je veux parler de la ratanhia.

C'est pourtant ce que vous avez fait, mais comment l'avez-vous fait ?

La constipation et l'effort que faisait le bol excrémentitiel contre le sphincter qu'il distendait et qu'il déchirait souvent, étaient évidemment, dans un grand nombre de cas, la cause de la fissure ; la constipation était encore le plus grand obstacle à la guérison.

Or, la constipation s'accompagne souvent d'un changement fort remarquable dans la dernière portion du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter; le rectum se dilate en ventre d'amphore, puis se rétrécit de nouveau au niveau de l'angle sacro-vertébral. Dans ce ventre d'amphore les matières s'accumulent, et forment un bol d'une grosseur énorme, de telle façon que chaque fois que le malade va à la garde-robe, l'excrétion est vraiment assimilable à une sorte d'enfantement.

Vous pensâtes que, pour vaincre ces constipations accompagnées ou non de fissures, il était convenable de rendre à la dernière portion de l'intestin le ressort qui lui manquait, et la ratanhia vous parut parfaitement appropriée à cet usage. Vous donniez donc, dans le cas de constipation simple coïncidant avec la dilatation du rectum, des lavements avec l'extrait de ratanhia dissous dans l'eau avec addition de teinture alcoolique de ratanhia.

Une madame de B*** était traitée par vous, qui avait, en même temps que la constipation dont je parle ici, une fissure à l'anus qui lui causait d'atroces douleurs, et qui avait gravement compromis sa santé. Vous lui faisiez prendre chaque jour un quart de lavement de ratanhia, et bientôt constipation et fissures se trouvèrent guéries.

Vinrent d'autres malades constipées également et atteintes de constrictions spasmodiques de l'anus avec fissures. La même médication mit fin à tout. Ce fut alors que, n'ayant plus égard à la constipation qui manque dans certaines fissures, vous crûtes devoir essayer la ratanhia, et le même succès couronna cet essai.

Voici par quel chemin vous fûtes conduit. Une induction fort rationnelle vous fit faire le premier pas ; ensuite des faits que vous n'appeliez pas éveillèrent votre attention; vous n'eûtes qu'à les constater, et une expérimentation attentive et réfléchie vous mena jusqu'à une médication qui n'est nullement rationnelle, mais qui est bonne en fait, et c'est le principal.

En effet, cette médication serait rationnelle à votre point de vue, si la constipation était toujours cause ou complication de la fissure ; mais nous voyons assez fréquemment des malades atteints de fissures avoir de la diarrhée, ou tout au moins des garde-robes molles, ou bien encore prendre des lavements matin et soir, de manière à empêcher tout effort contre le sphincter, et cependant la fissure persiste.

Depuis le mois de janvier 1839, j'ai traité cinq malades, quatre sont guéris; M. Marjolin en a traité un qui est guéri ; M. Berard jeune deux qui sont également guéris ; et un de vos élèves, M. Desquises, a également guéri une dame après quelques jours de traitement.

Ces faits sont assez nombreux pour que je vous les raconte ; ils suffiront, sinon pour établir un point de science, du moins pour inviter nos confrères à des essais faciles et auxquels ils peuvent se prêter sans crainte que jamais leurs malades ou leur conscience leur fassent des reproches.

Voici le premier fait (1) :

Obs. I. — Joséphine Michel, couturière, âgée de vingt-un ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 11 novembre 1839. Le 26 avril elle est accouchée, et, six jours après, elle a commencé à souffrir d'une fissure à l'anus; elle consulta successivement plusieurs médecins, qui lui firent prendre sans aucun avantage des bains de siége et des tisanes rafraîchissantes; elle fit usage aussi inutilement de pommade belladonisée ; elle subit même l'opération; enfin elle se décida à entrer à l'hôpital dans mon service. Examinée le 12 novembre, on lui trouve une fissure à la partie postérieure de l'anus du côté du coccyx. L'anus est très-resserré, l'introduction du doigt produit de violentes douleurs ; la défécation est accompagnée de vives souffrances et d'un petit écoulement sanguin. Les matières étant habituellement dures et très-grosses, les selles produisent de la pâleur, du frisson, des nausées, et sont suivies d'un profond abattement ; tout le pourtour de l'anus est continuellement le siége d'une démangeaison extrême et d'élancements. Il y a trois mois qu'elle a été opérée par M. Monod, à la maison de santé de la rue du Faub.-St.-Denis; mais elle ne se soumit pas avec suite aux pansements

(1) Observation recueillie par M. Strœlhin.

convenables, et l'opération fut inutile. La malade est donc restée sept mois dans cet état sans que les bains, les fumigations et les lavements aient pu produire aucune amélioration. Le lendemain de son entrée on lui donna un quart de lavement contenant une cuillerée à bouche d'une solution de vingt grammes d'extrait de ratanhia dans cinquante grammes d'alcool. Ce traitement, renouvelé chaque jour, fit promptement diminuer les douleurs qui accompagnaient la défécation et la démangeaison à l'anus. Enfin elles disparurent le 22 novembre, onze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Depuis cette époque les lavements avec la teinture de ratanhia furent continués. Les douleurs n'ont plus reparu ; la malade ne ressent qu'un peu de pesanteur au fondement, surtout lors de la défécation; les selles sont rares, formées de matières dures et moulées; enfin, le 30, elle sort entièrement guérie. Huit jours après elle est revenue nous voir : les selles sont faciles, sans douleurs. La malade n'éprouve plus même de pesanteur à l'anus.

En explorant le rectum on constate encore un petit enfoncement linéaire au point qu'occupait la fissure; et une forte pression fait éprouver un léger sentiment de douleur.

Réflexions. — En rapportant cette observation, je n'ai nullement prétendu établir une comparaison entre l'opération par l'incision et la ratanhia ; j'ai voulu seulement faire voir qu'une fissure assez sérieuse pour avoir été opérée par un chirurgien grave et expérimenté comme l'est M. Monod, et qui n'avait pas été guérie, sans doute parce que les pansements n'avaient pas éte convenablement suivis, a été rapidement guérie par la ratanhia.

Les deuxième et troisième observations nous semblent encore plus dignes d'intérêt :

Obs. II (1). — L. Deshais, âgée de quarante-deux ans, domestique, a été constipée, il y a quatre mois, à la suite de l'administration de quelques médicaments. Elle ressentit beaucoup de douleurs en allant à la garde-robe et évacua du sang. Ces douleurs cessèrent pendant trois mois et demi, pour recommencer, il y a quinze jours, avec plus de violence, et accompagnées d'une diarrhée qui ne dura qu'un jour. Depuis lors, le dévoiement a cessé, et les garde-robes ont été naturelles et faciles, mais elles sont suivies de douleurs vives qui durent six et même sept heures. La malade est examinée le 4 mars 1840. En explorant le rectum on trouve, à la paroi postérieure, une fissure ovalaire s'étendant depuis le sphincter jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessus, et d'une largeur de six à huit millimètres.

Taitement.—Orge, le quart, un lavement simple ; une demi-heure après qu'il aura été rendu, un quart de lavement avec extrait de ratanhia, quatre grammes et alcool, un gramme.

Le soir un suppositoire avec beurre de cacao, quatre grammes, et un gramme d'extrait de ratanhia.

5. La malade a beaucoup souffert après avoir rendu le lavement simple. Elle n'a pas souffert en rendant le second qu'elle n'a gardé qu'une heure. Le suppositoire a été mis à sept heures du soir. La malade n'a pas éprouvé de douleurs pendant la nuit. Le matin elle a eu une garde-robe semi-diarrhéique suivie d'une douleur qui n'a duré que deux heures, et qui a été moins vive que celle qu'elle éprouvait auparavant (le lavement simple était mêlé à des matières fécales quand il a été rendu, au lieu que le second a été rendu presque pur).

Même traitement qu'hier, seulement on met six grammes d'extrait de ratanhia au lieu de quatre dans le lavement.

6. La malade n'a pas éprouvé de douleur après avoir rendu le premier lavement. Elle a pris le second et l'a gardé trois heures. La douleur qui est survenue lorsqu'elle l'a rendu a été sourde et a duré toute la nuit. De temps en temps quelques élancements ; cette douleur était beaucoup moins vive que d'ordinaire. Le suppositoire a été rendu en diarrhée ce matin, et la malade a moins souffert qu'hier.

On supprime le lavement simple et on continue le reste du traitement.

7. Le lavement de ratanhia a été pris à trois heures, la malade a ressenti quelques douleurs pendant le temps qu'elle l'a conservé. Elle l'a rendu sans matières, et depuis lors elle a ressenti quelques douleurs sourdes accompagnées de battement, nullement comparables à celles qu'elle éprouvait. Auparavant, lorsqu'elle remuait dans son lit, elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le rectum; ce sentiment de pesanteur a totalement disparu. Le suppositoire a été placé hier à six heures et il a été conservé jusqu'à ce matin cinq heures ; une garde-robe non diarrhéique qui a été suivie de battements sourds.

Même traitement.

8. La malade a pris son lavement hier à trois heures, et elle l'a gardé quatre heures, pendant lesquelles elle n'a pas souffert du tout ; elle l'a rendu sans matières et elle n'a pas ressenti les douleurs dont elle se plaignait les jours derniers. Le suppositoire a été posé à huit heures du soir, et depuis ce moment la malade a ressenti des douleurs sourdes et de la cuisson, qu'elle attribue à l'introduction de ce topique. Ce matin une selle normale, depuis laquelle la malade souffre un peu.

Même traitement.

9. Le lavement a été gardé quatre heures, et la malade n'a éprouvé aucune douleur après l'avoir rendu. Ce matin elle a été à la garde-robe et elle a ressenti une douleur assez vive, mais de courte durée, et qui, cependant, existe encore à un faible degré.

Deux lavements de ratanhia. Pas de suppositoire.

10. Le premier lavement a été rendu sans douleur et la malade n'en a pas ressenti la nuit. Elle a rendu le second ce matin et elle n'a ressenti que de la pesanteur.

Deux quarts de lavement avec six grammes d'extrait de ratanhia pour chaque.

11. La malade n'éprouve plus rien. L'introduction du doigt, pour explorer le rectum, est un peu douloureuse, mais infiniment moins qu'avant le traitement. La fissure est tout-à-fait cicatrisée à la partie inférieure, et, en la mesurant avec la pulpe du doigt, on ne lui trouve plus qu'une longueur d'un centimètre. Elle est encore ovalaire, et sa plus grande largeur est d'à peu près cinq millimètres. Sa profondeur est presque nulle, parce que les bords en sont presque complètement affaissés.

Même traitement.

12. Le toucher a déterminé hier des douleurs que le lavement de ratanhia pris à trois heures a fait cesser.

(1) Observation recueillie par M. Petit.

13. Depuis hier la malade ressent des battements sans vive douleur, des démangeaisons.

14. Hier la canule métallique d'une seringue a causé une vive douleur qui a duré jusqu'au soir. La malade souffre encore, mais moins qu'hier.

16. Les douleurs momentanées déterminées par la canule ont disparu. La malade a été à la garde-robe sans douleur.

17. L'introduction de la canule est encore douloureuse.

Un seul lavement avec une canule de gomme élastique.

20. La malade n'a pas pris de lavement depuis le 16 parce qu'on n'a pas pu se procurer de canule convenable, et cependant elle n'a pas ressenti de douleurs; les règles sont arrivées, on supprime le lavement.

La demie.

21. La malade a ressenti pendant trois heures une douleur assez vive à la suite d'une garde-robe difficile.

Un lavement de ratanhia.

25. Après deux jours de constipation, la malade a une garde-robe douloureuse, les douleurs se calment aussitôt après l'administration du lavement.

Orge; lavement simple; lavement de ratanhia.

26. La malade a eu cette nuit du dévoiement et des douleurs plus vives.

Un lavement de ratanhia.

28. La malade a été à la selle sans douleur.

30. La malade a de la fièvre.

Un bain; pas de lavement.

1er avril. La malade prend un lavement de ratanhia.

7. Depuis huit jours la malade n'éprouve pas la moindre douleur. Les lavements n'ont plus été donnés que tous les trois jours. L'exploration du rectum faite aujourd'hui permet de constater que l'introduction du doigt n'était plus douloureuse, que la fissure était entièrement guérie.

La malade reste encore six semaines à l'hôpital; la guérison ne se dément pas.

Réflexions. Ainsi amendement très-notable dès le troisième jour du traitement, diminution de moitié de l'étendue de la fissure le cinquième. — Cessation de douleurs le treizième jour; quelques douleurs encore le quinzième, après une garde-robe très-difficile. — Guérison totale le vingt-unième jour.

Les observations suivantes sont plus remarquables sous le point de vue de la rapidité de la guérison.

Obs. III (1). — Le 27 mai 1840, Tructin, femme Bassereau, journalière, âgée de trente-sept ans, est entrée à la salle Sainte-Julie de l'hôpital Necker. Cette femme, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, est accouchée pour la dernière fois le 11 décembre 1838, et actuellement encore elle nourrit son enfant.

Déjà, dans les derniers jours de sa grossesse, la femme Bassereau était constipée, et deux ou trois jours après son accouchement, en allant à la garde-robe, elle ressentit une douleur très-vive dans le fondement. Cette douleur retentit dans tout le ventre. Depuis cette époque le malade ne se rappelle pas avoir été quatre fois à la selle sans éprouver des souffrances très-violentes, et quand elle va à la selle le matin, ces douleurs persistent toute la journée; elles sont caractérisées tantôt par un sentiment de battements ou de brûlure, tantôt par des élancements, ordinairement accompagnés d'épreintes pénibles et fatigantes.

28 mai. En explorant l'extrémité inférieure du rectum, on trouve un bourrelet formé par des hémorrhoïdes affaissées et ridées, dont la présence ne remonte pas, au dire de la malade, plus loin que les derniers temps de sa grossesse, époque à laquelle elle a éprouvé une attaque très-douloureuse d'hémorrhoïdes qui ont persisté jusqu'au moment des couches. En écartant avec soin les plis radiés de l'anus, on rencontre en arrière, sur la ligne médiane, sur les limites de la membrane muqueuse, une fissure oblongue peu profonde et très-douloureuse à la moindre pression du doigt.

Un lavement simple; un lavement avec extrait de ratanhia, 4 grammes; eau, cent vingt grammes; alcool, un gramme.

29. Hier, après l'exploration du rectum, la malade a souffert beaucoup jusqu'au moment où elle a pris son lavement de ratanhia, qu'elle a gardé très-peu de temps; après l'avoir rendu, les douleurs ont été un peu moins vives, elles ont duré néanmoins toute la journée. Ce matin, en allant à la garde-robe, les douleurs ont été un peu moins fortes que d'habitude; la malade a souffert quelque peu dans le ventre.

Même prescription.

30. Le lavement a été gardé cinq minutes; après qu'il a été rendu les douleurs ont été atroces, la malade les compare à celles de l'enfantement.

Même prescription.

31. Le lavement n'a été gardé qu'un quart d'heure; en allant à la garde-robe, la malade a beaucoup souffert encore, mais beaucoup moins.

2 juin. Le 31 mai la malade n'a pas pris de lavement, n'a pas été à la selle, n'a pas éprouvé de douleurs; le lavement de ratanhia qu'elle a pris hier a été gardé une heure et demie, et quand elle l'a rendu, les douleurs, d'ailleurs peu intenses, n'ont pas duré plus d'une demi heure; les urines sont rouges, et la mixtion difficile. (Tisane de lin; un lavement simple; un lavement de ratanhia.)

3. Hier, en allant à la garde-robe, la malade a souffert pendant une heure; mais les douleurs ne sont pas comparables, pour l'intensité, à celles qu'elle éprouvait autrefois. (Même prescription.)

4. Le lavement a été gardé une demi-heure; et, quand elle l'a rendu, la malade a éprouvé de très-vives douleurs qui ont duré pendant plusieurs heures; le lavement a été rendu accompagné de matières qui pourtant n'étaient pas dures. (Ces jours derniers, les lavements étaient rendus presque sans matières fécales.)

5. Le lavement a été gardé pendant trois heures; la malade l'a rendu sans effort, et n'a éprouvé aucune douleur. (Même prescription.)

6. Hier la malade a été à la garde-robe immédiatement après la visite (la selle était un peu dure); elle a éprouvé de vives douleurs pendant deux heures; elle a pris ensuite ses deux lavements et elle a conservé le premier, à l'eau, pendant une demi-heure; le second, de ratanhia, pendant un quart-d'heure, et elle les a rendus sans douleurs.

7. Le lavement de ratanhia a été gardé une demi-heure, et les douleurs que la malade a éprouvées en allant à la garde-robe ont été très-faibles et de courte durée. (Même prescription.)

8. Elle a gardé son lavement pendant vingt minutes, et quand elle l'a rendu, quoiqu'avec le lavement il y eût des matières fécales moulées, la

(1) Observation recueillie par M. Contour.

douleur a été très-faible et de peu de durée ; ce matin, la malade a eu une selle normale sans le secours de lavements, et la douleur a été peu sensible. (Même prescription.)

9. La malade est obligée de sortir de l'hôpital ; au lieu de souffrir toute la journée comme auparavant, elle ne souffre plus que pendant une heure et même, depuis ce dernier jour, pas plus d'une demi-heure ; et les douleurs ne sont plus du tout comparables, pour l'intensité, à celles qu'elle éprouvait lors de son entrée dans le service.

Cette observation paraissait devoir être incomplète, lorsqu'une circonstance fortuite est venue, qui nous a permis de la compléter.

Un des enfants de cette femme prit la rougeole à laquelle il succomba, en la transmettant toutefois comme héritage à son jeune frère que la mère nourrissait encore; aussi rentra-t-elle une seconde fois dans le service des nourrices le 23 juin 1840. Elle nous a bien affirmé que depuis sa sortie de l'hôpital, bien qu'elle fût quelquefois plusieurs jours sans aller à la garde-robe, elle n'a jamais souffert de sa fissure soit en allant à la selle, soit dans d'autres moments de la journée.

A l'inspection de l'anus, on ne retrouve plus la fissure, et l'introduction du doigt ne réveille plus cette douleur qui existait à la partie postérieure, et que la moindre pression rendait si vive.

Obs. IV (1).—Le 3 juin 1840, il est entré, à la salle Ste-Julie, n° 1, une femme de 35 ans, d'une constitution moyenne, native d'un village d'Auvergne. Le lendemain, 4 juin, à la visite, cette femme nous a dit être naturellement d'une très-bonne santé ; elle est accouchée depuis seize mois, et depuis seize mois, chaque fois qu'elle se présente pour aller à la garde-robe, elle éprouve des douleurs très-violentes qu'elle compare à des pulsations, et qui ont pour siége l'extrémité inférieure du rectum. Ces douleurs persistent toujours au moins une heure après les matières rendues, sont ordinairement teintes de sang, qui, quelquefois, est en assez notable quantité pour constituer une petite hémorrhagie.

Habituellement constipée, la malade va cependant chaque jour à la selle, et quand elle est un jour sans y aller, le lendemain, les douleurs qui accompagnent l'acte de la défécation sont beaucoup plus violentes, sans toutefois être de plus longue durée.

Le plus ordinairement la malade ressent à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale des douleurs peu vives, mais qui augmentent sous l'influence de la marche et de la fatigue.

En explorant attentivement l'anus et l'extrémité terminale du tube digestif, on ne tarde pas à reconnaître une fissure à la partie postérieure; cette fissure longue de deux centimètres à peu près, profonde de deux à trois millimètres, arrive jusque plus bas que le sphincter externe, où on peut constater son origine au milieu des plis radiés qui environnent l'anus. L'introduction de l'indicateur dans le rectum est très-douloureuse. (Un lavement émollient; et deux heures après, un quart de lavement avec eau... 125 grammes

Alcool..... 1

Extrait de ratanhia..... 1

5 juin. Le lavement a été gardé un quart d'heure ; la malade a moins souffert qu'auparavant en allant à la selle, ce qu'elle attribue au repos qu'elle observe depuis son entrée dans le service. (Un lavement simple ; un quart de lavement de ratanhia.)

6. La légère amélioration observée hier n'a pas continué ; et quand elle a rendu son lavement simple, la malade a éprouvé des douleurs assez vives, qui se sont prolongées jusqu'au moment où elle a pris le lavement de ratanhia (deux heures après). Celui-ci a été gardé une heure ; et quand elle l'a rendu, elle n'a souffert qu'une demi-heure. (Même traitement.)

7. Une heure après l'administration du lavement de ratanhia, la garde-robe a été peu douloureuse, et les douleurs n'ont duré que très-peu de temps. (Même traitement.)

8. Le lavement a été gardé pendant une heure; et quand la malade l'a rendu, les matières fécales qui sont sorties en même temps que le lavement n'ont occasionné *aucune douleur*.

Depuis ce jour jusqu'au 11 du même mois, la malade continue à prendre des lavemens de ratanhia, bien qu'elle n'éprouve plus aucune douleur quand elle se présente pour aller à la selle.

11. L'introduction du doigt dans le rectum n'est nullement douloureuse ; elle prescrit de constater la cicatrisation complète de la fissure. Au point qu'occupait cette fissure, on sent une espèce de petite arête longitudinale sur laquelle le doigt est porté impunément sans réveiller aucune douleur.

Réflexions.—Dès le troisième jour du traitement, les douleurs ont diminué ; le quatrième jour elles ont cessé ; et le septième jour, on peut constater une guérison complète, qui ne s'est pas démentie pendant les dix jours de plus que le malade a passés à l'hôpital.

Obs. V (1).—Madame J. de Vaugirard, âgée de quarante ans, jouissant d'une bonne santé et ayant eu trois enfans, n'a jamais été sujette aux hémorroïdes qu'après ses couches : elles n'avaient alors que trois ou quatre jours de durée pour ne plus reparaître. Dès le 1er juin 1840, cette dame a commencé à éprouver des douleurs légères en allant à la garde-robe; elles ont été toujours en augmentant de durée et d'intensité, jusqu'aux premiers jours du mois de juillet, époque où je fus appelé. Les souffrances étaient alors poussées à l'extrême ; la défécation, qui avait habituellement lieu le matin, était horriblement douloureuse, au point que la malade appréhendait dès le soir le rude moment qu'elle aurait à passer le lendemain ; l'excrétion des matières était précédée de picotemens à l'ouverture anale. Ces douleurs extrêmes duraient tantôt deux, tantôt trois ou quatre heures; elles cédaient peu à peu pour faire place à des battemens et à une chaleur insolite qui donnait lieu à un sentiment de brûlure, ce qui forçait la malade à faire souvent des lotions froides qui la soulageaient pour un moment. Il *n'y a jamais eu de constipation*, et cependant le passage des matières fécales se faisait comparer à la malade à celui d'un instrument tranchant. Les lavemens rendus produisaient les mêmes effets. Les bains de siége, loin de calmer les douleurs, ne faisaient que l'augmenter. Cet état durait toute la journée et disparaissait la nuit. L'introduction la plus douce possible d'une canule bien graissée faisait jeter les hauts cris. L'anus ne présentait à l'extérieur aucune trace d'hémorroïdes enflammées. Le doigt introduit par cette ouverture, on sentait à droite, et un peu en arrière, une surface dénudée, à bords irrégu-

(1) Observation recueillie par M. Contour.

(1) Observation communiquée par M. Desquibses.

liers, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes : son attouchement était fort douloureux. La constriction du sphincter était très-énergique. Les selles n'ont jamais été sanguinolentes.

Après avoir employé des lavemens opiacés qui ne produisaient que quelques momens de calme, et des mèches de pommade de Belladone qui ne pouvaient être supportées plus de dix minutes, j'eus recours à l'extrait de ratanhia, suivant la formule de M. Trousseau, d'abord à la dose de quatre grammes.

Le premier jour, le lavement a été gardé vingt-quatre heures. Les douleurs ont duré deux heures. Après son administration, il y a eu dans la journée quatre heures de calme, qui a permis un sommeil paisible. Après ce temps, les douleurs sont revenues plus vives et ont duré deux heures. La nuit s'est bien passée.

Le second jour, mêmes douleurs que les jours précédens pour aller à la selle. Un nouveau lavement est administré. La douleur n'est pas aussi vive ; il y a plus de battemens et de chaleur que la veille ; mais les sensations sont intermittentes. La flexion des cuisses sur le bassin produit du calme.

Le troisième jour, même douleur. Le lavement est administré à la dose de six grammes. Après cette administration, une heure de douleurs seulement. Battemens et chaleur supportables.

Le quatrième, les douleurs sont devenues plus intenses, malgré l'administration du lavement. Je conseillai à la malade d'en prendre un autre le soir, le premier ayant été rendu au bout de deux heures. Celui-ci fut gardé jusqu'à quatre heures du matin. La douleur n'a pas duré long-temps. La malade a pu dormir.

Le cinquième jour, un lavement simple est pris avec facilité ; il est rendu avec des douleurs peu vives qui n'ont duré que très-peu de temps. Le mieux persistant dans la journée, la malade n'a pas pris de ratanhia.

Le sixième jour, le mieux persiste ; la garde-robe du matin est facile ; il y a à peine de la douleur.

Le huitième, les douleurs ont cessé complétement et n'ont pas reparu depuis.

Un régime végétal et peu substantiel a été mis en usage pendant la maladie.

Ainsi, mon cher maître, voilà quelques faits à ajouter à ceux plus nombreux que vous avez observés vous-même. Je suis heureux de l'idée que j'aurai servi encore une fois à populariser une de vos méthodes de traitement.

Il me resterait à vous demander comment et par quel mécanisme agit la ratanhia dans la curation de la fissure à l'anus.

A cette question vous me répondrez : « cela guérit, que vous importe le comment ? » et tout en confessant qu'en thérapeutique c'est presque toujours ainsi que l'on peut et que l'on doit répondre, l'esprit cependant inquiet et curieux voudra se rendre compte, et cherchera une explication qui le satisfasse.

Le tannin et l'acide gallique, si abondants dans l'extrait de ratanhia, et dont l'action astrictive est si puissante, chassent-ils le sang qui s'est accumulé vers la partie irritée, et, la fluxion inflammatoire dissipée, la cicatrice se fait-elle avec rapidité ?

Ou bien le surcroît de tonicité que le médicament donne aux muscles du sphincter à la membrane muqueuse et au réseau cellulaire sous-jacent permet-il aux tissus de résister plus efficacement à la distension causée par le passage du bol excrémentitiel ; et la plaie, qui, chaque jour, n'est plus déchirée, tend-elle tout naturellement à la cicatrisation ?

Dans ces deux explications qui se présentent à l'esprit y a-t-il quelque chose de vrai ? je vous laisse le soin de le décider.

Est-ce à dire maintenant, mon cher maître, que la ratanhia guérisse la fissure par quelque vertu spéciale, comme le quinquina guérit la fièvre, comme le mercure et l'iode guérissent la syphilis ? Je suis loin de le penser ; et il est bien entendu, pour vous comme pour moi, que toute substance végétale qui se rapprochera beaucoup de la ratanhia par sa composition chimique donnera les mêmes résultats thérapeutiques. Je vais maintenant commencer une série d'expériences thérapeutiques sur le tannin, le cachou, la gomme kino, le sang-de-dragon, la bistorte, etc., et je ne doute pas que ces remèdes, divers par la forme, et les mêmes pour le fond, ne guérissent la fissure aussi bien et peut-être mieux que la ratanhia.

Ce qui me le fait croire c'est que, tout récemment, MM. Payen et Manec ont traité avec succès quelques malades atteints de fissure à l'anus, au moyen de la monésia appliquée topiquement, substance nouvellement importée en France, et qui, entre autres principes, contient une notable quantité de tannin.

Comment convient-il d'employer la ratanhia ? Le mode d'administration qui m'a paru le plus simple est le suivant. Je fais prendre chaque matin au malade un lavement à l'eau de son ou de guimauve, ou bien à l'huile d'olives ou d'amandes douces, afin de vider l'intestin ; une demi-heure après que le lavement a été rendu, j'administre un quart de lavement composé de cent cinquante grammes (cinq onces) d'eau ; extrait de ratanhia, de quatre à dix grammes (un gros à un gros et demi), et alcool à 21°, deux grammes (demi-gros). Le malade s'efforce de conserver ce lavement, et en prend un semblable le soir.

Quand les douleurs sont tout-à-fait calmées, il ne prend plus qu'un lavement de ratanhia ; et enfin, lorsque j'ai tout lieu de supposer que la guérison est complète, j'en fais prendre un tous les deux jours, pendant une quinzaine.

J'ai essayé, sans avantage, des suppositoires composés de beurre de cacao, cinq grammes (un gros et demi), et ratanhia un à deux grammes (dix-huit à trente-six grains).

Les mèches enduites d'une pommade composée d'une partie d'extrait de ratanhia pour six ou huit d'axonge ou du cérat me semblent encore devoir être conseillées dans quelques cas.

Au reste, le moyen indiqué, c'est à chaque praticien de le modifier à sa guise, et suivant les cas spéciaux qu'il rencontrera.

Maintenant, mon cher maître, quel sera le sort de cette utile médication? Je n'ose le dire ici; mais je crains bien qu'elle ne soit repoussée des chirurgiens, qui, plus que nous, ont à traiter des fissures à l'anus. Il y a deux raisons pour que nos confrères les chirurgiens la repoussent; la première c'est qu'elle vient d'un médecin : la seconde...je vous la dirai tout bas quand j'irai, le mois prochain, passer quelques jours avec ma mère et vous que je confonds dans la même affection.

A. Trousseau,
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris (1).

III. De la colique de plomb et de son traitement par la limonade sulfurique.

Le but de ce mémoire n'est pas de tracer une histoire complète de la colique de plomb; long-temps négligée, l'étude de cette maladie a pris, dans ces derniers temps, une grande extension; et bien que plusieurs points soient encore enveloppés d'obscurité, on peut dire que l'histoire de cette maladie tend à se compléter.

Je ne suivrai donc pas cette affection dans toutes ses phases; je me bornerai à examiner la valeur relative de certains symptômes, dont on a exagéré la fréquence. Je rapporterai ensuite de nombreuses expériences thérapeutiques, tentées à l'aide de la limonade sulfurique. Ces expériences ont été faites sous les yeux d'un praticien dont tout le monde connaît la loyauté et les lumières, l'honorable M. Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon, et par conséquent dans le même service où M. Grisolle avait fait les siennes.

La limonade sulfurique, employée contre la colique de plomb, n'est pas un moyen qui date de loin. Conseillé en 1832 par M. Gendrin et non par M. Mosley (ainsi que M. Tanquerel l'a avancé (2), ce traitement a trouvé peu de retentissement en France et au contraire beaucoup d'adversaires.

Qu'il me soit permis de discuter rapidement quelques-unes des assertions des adversaires de ce traitement :

Parmi eux, et le premier en date, je citerai M. Grisolle (Thèse 1832). J'aurai peu de chose à dire sur les assertions de ce médecin concernant l'effet préservatif de la limonade sulfurique. J'avoue que je n'ai entrepris aucune expérience à cet égard. Un seul des nombreux malades dont j'ai recueilli l'observation s'était soumis à l'emploi régulier de cette tisane. Pendant trois mois il avait travaillé sans être atteint de coliques, et à cette époque il n'est entré à l'hôpital qu'avec des accidents très-légers. Suivant M. Grisolle, « dix-neuf ouvriers, qui prenaient de la limonade sulfurique, ont été atteints de coliques après un terme moyen de cinquante jours, pendant que vingt-cinq ouvriers, qui n'en faisaient pas usage, ne sont tombés malades qu'au bout de quatre-vingt-dix jours. » Il semblerait, en lisant ce passage, que M. Grisolle a fait des expériences, et cependant, ainsi que cela résulte de son ouvrage, il est constant qu'il n'en a fait aucune. Toutes ses assertions reposent sur les dires de malades, pris au hasard, et Dieu sait ce que valent les affirmations des ouvriers qui travaillent aux fabriques de céruse! Arrivant à l'effet curatif de la limonade sulfurique, M. Grisolle dit avoir soumis à ce traitement cinq malades. Le premier a vu calmer ses douleurs de ventre le deuxième jour; le lendemain elles avaient augmenté; on continue la tisane, les accidents légers se calment; les jours suivants le malade mange, et la guérison est complète au cinquième jour. M. Grisolle se hâte, il est vrai, d'ajouter que l'affection était si bénigne qu'elle aurait pu guérir par la méthode expectante. « Les quatre autres, dit-il, étaient affectés de colique saturnine intense : chez aucun d'eux on n'a obtenu le soulagement signalé constamment par M. Gendrin au deuxième jour; dans deux cas les coliques augmentèrent; chez un troisième des accidents cérébraux se déclarèrent; chez le quatrième la colique resta stationnaire. Après des essais aussi infructueux, pouvait-on persister dans le même traitement? Ces faits suffisent pour renverser ce que M. Gendrin a posé comme une loi, savoir, que ce mode de traitement soulage constamment au deuxième jour, et guérit au troisième ou au quatrième. Ces quatre faits *bien observés* suffisent encore pour montrer l'inefficacité de ce traitement.»

Oui, sans doute, si ces faits étaient bien observés, ils pourraient, non pas renverser ce que M. Gendrin a établi sur plus de trois cents cas de colique saturnine, mais présenter une certaine valeur. Je ne crains pas de le dire, présentés comme ils le sont, dépouillés de tout ce qui les entoure, de leurs antécédents, de leurs symptômes, de leur durée, etc., ces quatre derniers faits n'ont plus la même importance. M. Grisolle avouera que ce traitement valait bien la peine que l'on

---

(1) Depuis l'impression de cette lettre, j'ai traité à l'hôpital une jeune femme qui éprouvait de très vives douleurs et qui n'avait qu'une simple érosion de la membrane muqueuse du rectum. Elle a été très notablement soulagée; mais non guérie. J'ai conseillé le même traitement à l'un de mes collègues de la faculté, atteint d'une fissure fort douloureuse; quelques jours d'un traitement infructueux l'ont découragé, et il n'est pas guéri. A. T.

(2) Puisque M. Tanquerel contestait à M. Gendrin la priorité de l'emploi de la limonade sulfurique, il aurait bien dû nous apprendre où étaient consignées les expériences de M. Mosley. Il nous aurait évité des recherches inutiles, car M. Mosley, que nous sachions, n'a fait aucun ouvrage qui ait rapport à la colique de plomb et à son traitement.

citât une observation avec un peu plus de détail qu'il ne l'a fait; et l'on ne peut se dispenser de reconnaître que les observations qu'il a publiées sont trop incomplètes pour obtenir une entière confiance.

La limonade sulfurique a trouvé en M. Tanquerel-des-Planches un adversaire encore plus prononcé. Je regrette qu'il ait eu l'idée de contester à M. Gendrin l'authenticité des trois cents cas de colique saturnine que ce médecin a guéris. « Comment cela est-il possible, s'écrie M. Tanquerel, puisque les registres de l'hôpital Cochin dépouillés exactement nous apprennent que soixante-seize malades seulement atteints de colique ont été admis dans cet établissement de 1832 à 1834? » A cette assertion j'opposerai une autorité que M. Tanquerel ne désavouera probablement pas, car cette autorité c'est la sienne. « Il serait impossible, dit-il page 94, *Traité des maladies de plomb*, 1840, tome Ier, avec les seules indications fournies par les registres de la Charité, d'établir un relevé pareil au nôtre, sans commettre les plus graves erreurs. Cette source est en effet très infidèle. » Pourquoi donc employer contre ses adversaires des armes que l'on ne voudrait pas voir tourner contre soi-même? J'ajouterai que j'ai *vu* un certificat émané de l'administration des hôpitaux et délivré par madame la directrice de l'hôpital Cochin, constatant qu'il n'a été fait et qu'il n'a pu être fait aucun relevé sur les registres dudit hôpital depuis que M. Gendrin en est sorti ni pendant qu'il était chargé d'un des services de cet hôpital.

M. Tanquerel a soumis à l'emploi de la limonade sulfurique, dans divers services de la Charité, cinquante-trois malades, dont seize atteints de coliques violentes, dix-neuf de coliques modérées, dix-huit de coliques légères. En additionnant les résultats de cette médication, je trouve vingt-sept guérisons et vingt-six insuccès. Comment, après un résultat de cette espèce, ce médecin peut-il conclure que la limonade sulfurique est un moyen illusoire, qui n'a presque aucune influence sur la marche de cette maladie?

« Nous n'avons pu expérimenter un plus grand nombre de fois ce médicament, ajoute-t-il, dans la crainte de voir se développer des accidents vers le cerveau ou vers la moelle. » On devrait en conclure que les autres traitements empêchent le développement de ces accidens, et cependant, p. 388, il compte, sur trois cent quarante-cinq malades soumis au traitement de la Charité, trente-sept insuccès, dix-sept rechutes, douze paralysies, sept encéphalopathies saturnines, en tout soixante-treize. Il paraît qu'entre les mains de ce médecin la limonade sulfurique ne compte pas seule des insuccès. J'ajouterai une seule réflexion. M. Tanquerel, n'habitant pas dans l'hôpital, ne pouvait guère surveiller l'administration de la limonade sulfurique, et par suite il a été exposé à de graves mécomptes. Plusieurs malades ont aussi cherché à nous abuser; mais avec le soin que nous avons eu de rendre la limonade aussi agréable que possible, et de leur en faire boire devant nous, avec la surveillance que nous exercions et que nous faisions exercer sous ce rapport, nous sommes parvenus à vaincre leur répugnance et leur mauvaise volonté.

C'est probablement par cette circonstance qu'il faut expliquer la différence qui sépare nos résultats de ceux de ce médecin.

Les malades dont j'ai recueilli l'histoire sont au nombre de vingt-cinq : sur ce nombre quatre seulement avaient travaillé au minium, un seul était peintre en bâtiments. Les vingt autres (parmi lesquels une femme) étaient employés aux diverses manipulations de la céruse. La fabrique de Clichy nous a fourni dix-sept malades, celle de Courbevoie sept seulement.

J'ai divisé ces vingt-cinq cas de colique saturnine, suivant leur intensité, en trois groupes : coliques violentes au nombre de cinq: coliques modérées au nombre de dix; coliques légères au nombre de dix. Les observations que je placerai plus loin feront comprendre le sens que j'attache à ces dénominations.

J'insisterai peu sur les antécédents de ces malades. Onze seulement avaient déjà eu une ou plusieurs fois la colique saturnine. Tous, à l'exception d'un seul, disaient se nourrir bien et ne pas faire d'excès, assertion bien loin de la vérité, ainsi que nous nous en sommes convaincus en interrogeant les contre-maîtres des fabriques de céruse.

Les circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion méritent cependant que je m'y arrête un peu. L'invasion n'a pas toujours été subite, et bien que la plupart des sujets aient été bien portants pendant leur séjour à la fabrique, un certain nombre d'entre eux ont été incommodés. Parmi les cinq cas de colique violente un seul a eu du dévoiement. Sur les dix cas de colique modérée, trois seulement ont éprouvé quelques accidents. Un d'eux a eu du dévoiement avec cuisson à l'anus; un autre, qui avait le dévoiement avant son entrée à la fabrique, a continué à l'avoir jusqu'au moment de l'invasion; le troisième a présenté ce même symptôme et de l'anorexie pendant trois semaines. Sur les dix malades atteints de colique légère, un seul, qui est peintre et qui avait été employé pendant quinze jours à brûler de la peinture dans des endroits fermés, a éprouvé de la pesanteur épigastrique, et un goût sucré dans la bouche, sans perte d'appétit.

L'invasion a été variable. Cependant, en général, la colique et la constipation se sont manifestées *simultanément*. J'insiste sur cette circonstance, parce que M. Tanquerel a paru croire que toujours ou presque toujours les douleurs de ventre précèdent la constipation. Du reste voici les chiffres :

Invasion simultanée de la colique et de la constipation,	13 fois.
Coliques débutant avant la constipation,	7
Constipation précédant les coliques,	5

Des vomissements ne se sont montrés au début que chez dix malades : sept seulement avaient eu des crampes; et les douleurs contusives des membres se sont montrées à peu près aussi souvent chez onze malades.

Un seul sujet avait perdu connaissance au moment de l'invasion; et il le devait à une circonstance particulière : une fuite de l'appareil qui dégage l'acide carbonique.

Les effets généraux de l'intoxication saturnine ont particulièrement fixé mon attention.

Parmi eux, *l'état de la bouche* a été noté avec soin. Les gencives ont présenté un gonflement et une coloration violacée de leur bord libre dans le plus grand nombre des cas, dix-huit sur vingt-cinq ; les dents étaient recouvertes d'un enduit grisâtre moins souvent, quinze fois sur vingt-cinq ; et cela parce que plusieurs malades avaient le soin de se laver la bouche après leur repas avec de l'eau, et quelquefois avec de la limonade sulfurique.

Le *goût* et l'*haleine* n'ont été modifiés que dans un petit nombre de cas. Quatre sujets seulement, dont trois atteints de coliques violentes et un atteint de colique légère, ont présenté un goût amer et sucré dans la bouche. L'haleine n'exhalait une odeur particulière fétide, *saturnine*, que dans quatre cas.

L'*ictère saturnin* existait assez prononcé chez douze malades.

La plupart des malades étaient d'une forte constitution et avaient de l'embonpoint. Trois seulement avaient éprouvé de l'*amaigrissement* depuis qu'ils travaillaient aux fabriques de céruse.

Les phénomènes qui se lient à l'état de l'appareil digestif m'ont également occupé.

En général la soif était peu vive ; la langue humide et blanche ; l'appétit complètement perdu dans presque tous les cas (23 sur 25). Ce dernier symptôme m'a paru tellement fréquent que je crois qu'il devrait entrer comme élément dans toute bonne définition de la colique saturnine.

Les douleurs de ventre occupaient l'ombilic onze fois ; l'épigastre sept fois ; l'hypogastre cinq fois; l'ombilic et l'épigastre une fois; l'hypogastre et l'épigastre une fois.

J'ai étudié avec soin la nature de ces douleurs : en général, elles consistaient en un sentiment de *torsion*, qui allait quelquefois jusqu'à l'arrachement ; elles avaient ce premier caractère quatorze fois ; elles étaient *gravatives* huit fois ; accompagnées d'une sensation de *picotements* deux fois; *brûlantes* une fois.

Dans la majorité des cas, la pression, et surtout la pression large et long-temps continuée, diminuaient les douleurs de ventre (douze fois sur vingt-cinq); la pression les augmentait six fois, était sans action sur elles sept fois.

L'état du ventre a été aussi examiné : sept fois seulement, il a paru notablement rétracté.

Les vomissements existaient dans sept cas. Examinés plusieurs fois sous le rapport chimique, ils étaient manifestement alcalins; ils étaient acides dans un seul cas.

La constipation datait d'une époque variable de deux à quatre jours, terme moyen; une seule fois, et cependant la colique était légère, la constipation datait de huit jours.

L'état du pouls a été l'objet de mes investigations : je trouve dans mes notes que cinq malades seulement ont présenté quatre-vingt-seize pulsations par minute ; un autre malade présentait quatre-vingt-quatre pulsations à son entrée ; le lendemain le pouls était normal à soixante-douze. Dans deux cas de colique modérée, il était au-dessous de soixante à cinquante-deux, et à trente-six. Dans les dix-neuf autres cas, la fréquence variait entre soixante et soixante-douze; quatre fois le pouls était plein, dur et rebondissant.

J'ai noté avec d'autant plus de détail l'état des organes génito-urinaires que M. Tanquerel avait signalé de fréquents désordres fonctionnels vers cet appareil. Voici le résultat de mes observations, résultat qui est loin d'être en rapport avec celui de cet observateur. Un seul malade a présenté de la difficulté à uriner; chez un deuxième les douleurs de ventre irradiaient vers la racine de la verge ; chez un troisième les douleurs s'étendaient depuis la verge jusqu'à la crête des os des îles, le long du ligament de Fallope ; un quatrième présentait la rétraction des deux testicules, avec des douleurs irradiant le long du cordon spermatique gauche.

Les crampes n'existaient que dans neuf cas; les douleurs musculaires occupant la continuité des membres étaient un peu plus fréquentes (quatorze fois sur vingt-cinq). Aussi nous rallions-nous à l'opinion de M. Tanquerel, qui considère *l'arthralgie* comme une affection à part, indépendante de la colique saturnine proprement dite.

La peau de presque tous nos malades présentait, au niveau des sillons et des plis articulaires surtout, une couche de céruse visible à l'œil nu, et que le bain sulfureux rendait encore plus apparente en la transformant en sulfure de plomb. Un de nos sujets, dont la peau était excessivement blanche et lisse, et chez lequel, à l'œil nu, on ne pouvait reconnaître aucune trace de carbonate de plomb, est devenu entièrement brun sous l'influence du bain sulfureux.

Pendant leur séjour à l'hôpital, tous les malades affectés de colique saturnine ont été soumis à l'emploi de la tisane suivante :

Chiendent-réglisse,	1 litre.
Acide sulfurique à 66°,	4 grammes.
Sirop tartrique,	30 grammes.

Cette tisane était renfermée dans des vases de terre et administrée à la dose de trois, quatre et cinq pots, suivant l'intensité de la maladie.

Un bain sulfureux a été administré à tous les malades le lendemain de leur entrée; ensuite chaque malade a pris plusieurs bains alcalins, dont on aidait l'action au moyen d'une brosse.

Dans quelques cas, on a réitéré l'emploi des bains sulfureux, soit dans le but de s'assurer si toute la couche de plomb avait été enlevée par les bains alcalins, soit dans le but de faire cesser les douleurs contusives des membres.

Les observations suivantes donneront, je l'espère, une bonne idée du mode d'administration et du mode d'action de ce traitement.

Obs. I. — *Colique violente : traitement par la limonade sulfurique. Guérison au cinquième jour.* — Brocheton, quarante-sept ans, journalier, entré le 20 février 1840, travaille depuis trois mois à la fabrique de céruse de Clichy : il a été principalement employé à lever les couches. Pendant son séjour à la fabrique il n'a rien ressenti jusqu'à il y a quinze jours. A cette époque perte d'appétit, coliques sourdes. Le malade continue à travailler et ne fait aucun traitement. Les coliques ont continué, et le 17 février il est forcé de suspendre son travail. Les coliques étaient tellement violentes qu'il se roulait par terre. En même temps il est survenu de la constipation qui dure encore; il a eu des nausées, et a vomi ce matin des matières bilieuses verdâtres. Il a éprouvé quelques douleurs dans les membres et quelques crampes dans les mollets et dans les mains.

État du malade le 21 février. Constitution détériorée, tempérament bilioso-sanguin; face altérée et grippée; légère teinte ictérique des conjonctives et du tégument externe; la peau est recouverte d'une couche légère de céruse; gencives violettes à leur bord libre; dents décharnées, couvertes d'un enduit grisâtre; langue blanche saburrale; pas d'appétit; quelques nausées et quelques vomissements bilieux ce matin; le ventre n'est pas sensiblement rétracté; douleurs de ventre très-vives tormineuses, occupant principalement la région ombilicale, mais s'étendant aussi inférieurement jusqu'à la racine de la verge; la pression même prolongée en augmente l'intensité; constipation depuis cinq jours; peu de douleurs dans les membres, pas de crampes; insomnie. Pouls à soixante-douze. Limonade sulfurique, 4 p.; bain sulfureux. Diète.

22 février. Coliques au moins aussi vives qu'hier; ventre douloureux à la pression; sentiment de torsion des intestins; langue plus saburrale; pas de garde-robes; pas de crampes; la peau est couverte de beaucoup de sulfure de plomb. Lim. sulf. quatre pots; bain alcalin. Diète.

23 février. Coliques moindres; pas de garde-robes; pouls à soixante-seize; le malade a pris deux pots de tisane, mais la tisane ne contenait pas la quantité prescrite d'acide sulfurique. Une portion du sulfure de plomb a été détachée de la peau. Même prescription.

24 février. Coliques bien moindres; pas de garde-robes; pouls à 88; gencives moins salcs. Le malade a bu ses quatre pots de tisane; sensation de picotement dans les cordons spermatiques. Limonade sulfurique, quatre pots; bain alcalin. Bouillon.

25 février. Douleurs de ventre presque nulles; deux garde-robes liquides cette nuit; langue légèrement saburrale; pouls à 84; pas de crampes. Lim. sulf., 4 pots; bain sulfureux. Soupes.

26 février. Pas de coliques; 20 garde-robes liquides depuis hier; la teinte ictérique diminue, mais la peau a un peu noirci sous l'influence d'un bain sulfureux. Lim. sulf.; bain alcalin. Soupes.

27 février. Douze garde-robes liquides depuis hier; pas de coliques; pouls à soixante-douze; il reste très-peu de sulfure sur la peau. Limonade sulfurique, 3 pots; bain alcalin. Le demi-quart.

28 février. Sept à huit garde-robes liquides; ventre indolent; pouls à 60. Limonade sulfurique, trois pots; bain alcalin. Le quart.

29 février. Cinq selles plus solides; pouls normal; un peu d'appétit; la peau paraît nette. Lim. sulf.; bain sulfureux. Le quart.

1er mars. 2 garde-robes composées de matières solides et de matières liquides; le bain sulfureux a déterminé la formation de peu de sulfure de plomb. Lim. sulf.; bain alcalin. Le quart.

Le malade mange successivement la demie et les trois quarts. Il sort parfaitement guéri le 10 mars 1840.

Obs. II. *Colique modérée. Traitement par la limonade sulfurique. Guérison au quatrième jour.* — Deleau, quarante-deux ans, paveur, entré le 10 mai 1840, a déjà travaillé, l'été dernier, pendant quarante-deux jours, à la fabrique de céruse de Courbevoie. A cette époque il a éprouvé les premières atteintes de la colique saturnine. Entré dans le service de M. Louis, on lui a administré de la limonade sulfurique, des lavements purgatifs et la potion des peintres. Au bout de treize jours les selles se sont rétablies et le malade a repris sa profession de paveur. Au bout de deux ou trois jours il éprouve de nouveau des accidents saturnins plus intenses que la première fois; il entre dans le même service, est soumis au même traitement, et sort le vingt-deuxième jour parfaitement guéri. Le 11 mars 1840, la gelée suspendant tous les travaux, il entre à la fabrique de Courbevoie, où il a surtout été employé aux meules humides. Il se nourrit bien et ne fait pas souvent d'excès. Sa santé a été parfaite jusqu'au 1er mai. A cette époque il ressent une barre transversale à la région épigastrique; il allait cependant encore à la garde-robe d'une manière régulière deux fois par jour. L'appétit commence à diminuer, et le 4 mai les coliques se manifestent. Depuis le 5 mai jusqu'aujourd'hui pas de garde-robes; en même temps des crampes se manifestent surtout dans les jambes. Le malade n'a fait aucun traitement et a continué son travail jusqu'au 8 mai.

Etat actuel, 10 mai. Forte constitution, facies plus rosé que celui des cérusiers; dents usées en grande partie, mais assez nettes; gencives présentant une teinte violacée d'un quart de ligne à leur bord libre; langue nette; anorexie; soif; goût amer dans la bouche; nausées; pas de vomissements; ventre notablement rétracté; douleurs tormineuses occupant l'épigastre et l'ombilic, diminuant par la pression large et prolongée; la peau est d'un ton gris et recouverte de céruse; pouls à trente-six; crampes surtout dans les membres inférieurs; le malade se trouve plus

gravement atteint que la première fois, et au moins aussi malade que la deuxième. Lim. sulf., cinq pots; bain sulfureux. Diète.

11 mai. Coliques moins fortes; ventre indolent; pas de ténesme; pas de garde-robes; quelques gargouillements dans la région cœcale; vomissements fréquents depuis hier; le dernier, qui a eu lieu à sept heures du matin, est de cinq à six onces, vert, jaunâtre et alcalin. Pouls à quarante-quatre; peau couverte d'une couche peu épaisse de sulfure de plomb. Lim. sulf., cinq pots; bain alcalin. Bouillon maigre.

12 mai. Aucune douleur à l'épigastre; il y en a encore un peu entre l'ombilic et à l'hypogastre; quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite; ni ténesme ni garde-robes; langue normale; pouls à cinquante-deux; vomissements abondants hier, ayant diminué ce matin; ils sont très-acides et un peu verdâtres; sommeil assez bon. Lim. sulf., quatre pots; bain alcalin. Un bouillon gras.

13 mai. A peine quelques coliques; ventre souple et indolent; pas de garde-robes; un seul vomissement hier vers onze heures du soir, de deux onces, vert foncé et alcalin; bon sommeil; appétit; pouls à soixante. Lim. sulf., quatre pots; bain alcalin. Soupes.

14 mai. Cessation complète des douleurs abdominales; rien dans les membres; appétit; une garde-robe liquide hier à huit heures du soir, puis sortie de beaucoup de gaz par l'anus; pouls à 52; peau nette. Lim. sulf., 3 pots; bain alcalin. Soupes.

15 mai. Neuf garde-robes liquides depuis hier; aucune douleur à l'épigastre ni dans le ventre; appétit. Lim. sulf., deux pots. Le demi-quart.

Le malade sort guéri le 18 mai 1840.

Obs. III. *Colique légère; traitement par la limonade sulfurique. Guérison au troisième jour.* — Castia, 32 ans, ancien militaire, travaille depuis neuf mois à la fabrique de céruse de Clichy; il y a déjà travaillé pendant dix-huit mois. Il a cessé d'y travailler pendant huit mois. Pendant la première période de son travail à la céruse, il a eu deux coliques : l'une traitée incomplètement à la Charité pendant huit jours, l'autre qu'il a traitée lui-même par des pédiluves et des lavements émollients. Il y a quinze jours, pour la première fois, il a éprouvé des douleurs sourdes dans le ventre, des nausées et du malaise; les garde-robes étaient encore régulières. Depuis huit jours constipation, et fréquemment des vomissements; le malade ne mange pas depuis huit jours, et a pris des lavements sans aucun résultat. Il entre à l'hôpital Beaujon le 31 janvier 1840.

Etat actuel le 1er février. Langue légèrement saburrale; dents et gencives ne présentant rien de particulier (le malade dit qu'il soigne sa bouche). Goût amer dans la bouche; douleurs gravatives à l'ombilic, que la pression longue et prolongée étale et amoindrit; pouls à 96; constipation; quelques douleurs dans les genoux. Lim. sulf., quatre pots; bain sulfureux. Bouillon.

2 février. Coliques moins fortes; pas de vomissements; pas de garde-robes; pas de sommeil cette nuit, mais pas de souffrances; ce matin trois quarts d'heure de sommeil tranquille; douleurs dans les membres inférieurs; langue faiblement saburrale; soif; appétit; pouls à cent douze; la peau des mains est seule couverte de sulfure de plomb. Lim. sulf., trois pots. Bouillon.

3 février. Encore une douleur gravative à l'ombilic; sommeil cette nuit; douleurs articulaires et sentiment de lassitude moindre que les jours précédents; hier une garde-robe liquide jaune peu abondante; vomissements assez abondants depuis hier; pouls à 100 sans chaleur à la peau. Lim. sulf., 4 pots; bain alcalin. Bouillon.

4 février. Pas de coliques ni de douleurs dans les membres; un peu de sommeil cette nuit; cinq garde-robes dans la journée; pouls à quatre-vingt-seize. Lim. sulf.; bains alcalins. Potages.

5 février. Deux garde-robes liquides et solides; bouches sans amertume; appétit; pouls à quatre-vingt-seize. Lim. sulf., quatre pots. Le demi-quart.

7 février. La teinte ictérique est presque entièrement disparue; garde-robes solides; ventre indolent; pouls à 76 Lim. sulf., un pot. La demie.

Le malade sort guéri le 10 février 1840.

J'ai étudié avec soin l'influence de la limonade sulfurique sur chaque symptôme de la colique saturnine en particulier. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Les douleurs de ventre ont constamment été soulagées au moyen de ce traitement.

Dans les cinq cas de colique violente, elles ont diminué dans l'ordre suivant : chez deux malades au bout d'un jour de traitement, chez deux autres au bout de deux jours, chez un au bout de trois jours.

Dans les dix cas de colique modérée le soulagement est survenu chez huit malades au bout d'un jour, chez un au bout de deux jours, chez un au bout de trois jours de traitement.

Dans les dix cas de colique légère, la diminution des douleurs a eu lieu chez huit malades au bout d'un jour, chez deux au bout de deux jours de traitement.

J'ai noté également l'époque de la disparition des douleurs de ventre. Elle a eu lieu dans les coliques violentes du troisième au sixième jour, dans les coliques modérées du deuxième au cinquième jour, dans les coliques légères du premier au cinquième jour du traitement.

L'apparition des garde-robes a eu lieu comme suit :

Dans les cinq cas de colique violente, chez deux sujets au quatrième jour, chez deux au troisième jour, chez un au deuxième jour de l'emploi de la limonade sulfurique.

Dans les dix cas de colique modérée, chez quatre sujets au quatrième jour, chez deux au troisième jour, chez deux au deuxième jour, chez deux au premier jour du traitement.

Dans les dix cas de colique légère, chez un au quatrième jour, chez deux au troisième jour, chez quatre au deuxième jour, chez trois au premier jour de l'emploi de cette tisane.

En général les garde-robes ont été précédées d'évacuation de gaz par les voies inférieures, et de gargouillement dans le ventre; les selles ont été en général liquides (vingt-deux fois sur vingt-cinq); dans deux cas elles étaient solides, dans un cas composées de matières liquides et marronnées. J'insiste sur cet état diffluent des garde-robes, parce que le traitement par les purgatifs ne leur im-

prime pas le même caractère, et que l'on pourrait en tirer quelques inductions pour expliquer la manière d'agir de la limonade sulfurique.

Les vomissements ont continué pendant la durée de ce traitement chez quatorze malades. J'ai comparé les cas des malades qui ont vomi avec ceux des malades qui n'ont pas présenté ce symptôme, et je n'ai pu reconnaître aucune différence sensible dans la longueur du traitement.

L'appétit a reparu pendant le cours du traitement du deuxième au sixième jour, terme moyen au troisième jour.

Les crampes et les douleurs de membres ont cessé chez tous les malades du troisième au cinquième jour, sous l'influence de la limonade saturnine aidée des bains alcalins et sulfureux.

La peau de tous nos malades a bruni sous l'influence des bains sulfureux. L'expérience nous a appris qu'il était plus facile de détacher la couche de plomb lorsqu'elle était transformée en sulfure; aussi avons-nous renoncé presque complètement à l'emploi immédiat des bains alcalins.

Dans deux cas, lorsque tous les accidents saturnins avaient déjà disparu depuis plusieurs jours, il y a eu une rechute, dont le traitement par la limonade sulfurique a triomphé de nouveau et définitivement. Pour ne laisser aucun doute dans l'esprit de nos lecteurs, je place ici, sous leurs yeux, l'observation la plus tranchée de cette espèce :

Obs. IV. — *Colique saturnine modérée. Traitement par la limonade sulfurique. Guérison au quatrième jour. Rechute. Reprise du même traitement. Guérison.* — Morel, trente ans, cérusier, travaille depuis un mois et demi à la fabrique de céruse de Clichy. Il a été principalement employé aux meules humides. Pendant son séjour à la fabrique il a d'abord appétit, puis du dévoiement pendant trois semaines ; les garde-robes deviennent ensuite plus dures et plus difficiles ; depuis cinq à six jours perte d'appétit; depuis quatre ou cinq jours douleurs dans le ventre, assez fortes pour causer de l'insomnie; depuis le 16 avril il a été forcé de quitter son travail; depuis cinq à six jours il ne va plus à la garde-robe; il se nourrit bien, ne fait pas ordinairement d'excès; aucun traitement pour sa colique; il entre le 18 avril 1840.

Etat actuel, 19 avril. Facies plus coloré que celui des cérusiers; la peau présente cependant un certain degré de rudesse, qui paraît due à une couche de carbonate de plomb; vomissements dans la nuit de son entrée; langue à peine saburrale; anorexie; bouche amère, mais très-propre, ainsi que les dents et les gencives (le malade a l'habitude de se laver tous les jours la bouche avec de l'eau fraîche); douleurs épigastriques, tormineuses, augmentant peu par la pression; barre transversale dans la même région; pas de garde-robes, pas de hoquets, pas de céphalalgie, pas de dysurie; insomnie; douleurs contusives dans les bras et les jambes; engourdissements dans les membres inférieurs; pouls à soixante-douze. Limonade sulfurique, quatre pots; bain alcalin. Diète.

20 avril. Vomissements bilieux abondants dans la journée et dans la nuit; ce matin, douleur épigastrique moindre; langue humide, peu saburrale; pas de garde-robes; crampes dans les jambes; membres inférieurs plus douloureux qu'hier; pouls large et dur, à soixante-douze; peau couverte d'une moiteur très-notable; le bain alcalin n'a pas été pris. Lim. sulf., quatre pots; bain alcalin. Diète.

21 avril. Plusieurs vomissements bilieux abondants depuis hier; encore des douleurs tormineuses à l'épigastre, augmentant un peu plus par la pression; facies coloré et injecté; langue blanche non saburrale, présentant sur sa face supérieure deux lignes rougeâtres de chaque côté de la ligne médiane; pouls toujours large et dur à soixante; peau encore moite; le bain alcalin n'a pas enlevé toute la couche de céruse qui recouvre la peau, surtout aux membres supérieurs. Lim. sulf., quatre pots; bain alcalin. Diète.

22 avril. Onze à douze vomissements bilieux depuis hier, suivant immédiatement l'ingestion de la limonade, que le malade a bue tout entière. Diminution notable des douleurs abdominales et des douleurs de membres; pas de garde-robes; pas de ténesme; langue très-peu saburrale; pas de soif; appétit; pouls à quatre-vingts; la peau n'est pas moite, elle n'est pas encore nettoyée de toute la couche de céruse, bien qu'elle soit moins rugueuse et qu'elle ait perdu de sa teinte grisâtre; moins de céruse autour des ongles. Lim. sulf., quatre pots; bain alcalin. Diète.

23 avril. Pas de douleurs dans le ventre; pas de vomissements; langue saburrale; bouche nette; deux garde-robes liquides jaunes depuis hier; ce matin des gargouillements dans le ventre; facies vermeil d'un sujet sanguin; pouls dur; yeux toujours un peu jaunes. Lim. sulf., 4 pots; bain alcalin. Bouillon.

24 avril. Pas de douleurs abdominales; sept à huit garde-robes liquides depuis hier; pouls à soixante-douze; appétit. Lim. sulf., trois pots. Soupes. Bain sulfureux (pour juger de l'effet des bains alcalins et savoir s'ils ont enlevé toute la céruse). La peau est d'ailleurs très-douce et très-blanche; légère teinte ictérique du pourtour des orbites et des conjonctives.

25 avril. La peau, sous l'influence du bain sulfureux, a pris une teinte noire très-prononcée, surtout aux mains, aux aisselles et au visage, cinq à six garde-robes liquides; pouls à soixante-douze. Lim. sulf., trois pots; bain alcalin. Le demi quart.

26 avril. Le bain n'a pas été pris; la transpiration a fait diminuer l'épaisseur de la couche de sulfure de plomb; cinq à six garde-robes liquides; pas de douleurs dans le ventre; pouls à soixante. Même prescription.

27 avril. Le malade n'a pu prendre de bains à cause des réparations qu'on exécute dans cette partie de l'hôpital. Plusieurs vomissements hier et ce matin, tantôt de limonade, tantôt de bile; pas de garde-robes; douleur à l'épigastre diminuant à la pression; le reste de l'abdomen est aussi un peu douloureux; douleurs dans les membres; la progression est cependant facile; pouls à soixante-douze; langue complètement et uniformément blanche, humide et sans enduit épais; le malade n'a pas mangé le demi-quart. Lim. sulf., 5 pots, bain alcalin. Diète.

28 avril. Pas de gardes-robes; sept à huit vomissements de tisane seulement; douleur épigastrique moins forte qu'hier, diminuant par une pression forte et continuée, augmentant par une pression légère; peau nettoyée en partie; langue normale; pouls à soixante-douze. Lim. sulf., cinq pots; bain alcalin. Diète.

29 avril. Pas d'envie de vomir; pas de garde-robes moins de douleur de ventre et de membres; ano-

rexie; pouls à soixante-douze Lim. sulf., cinq pots; bain alcalin. Diète.

30 avril. Deux gardes-robes liquides; encore moins de douleur de ventre et de membres. Lim. sulf., quatre pots. Soupes.

1er avril Aucun reste de douleur abdominale; garde-robes libres; ventre indolent; encore des douleurs dans les membres; appétit. Lim. sulf., deux pots. Le demi-quart.

Les garde-robes continuent à être liquides jusqu'au 5 mai; les douleurs de membres disparaissent peu à peu; le malade mange successivement le quart et la demie. Il sort parfaitement guéri le 11 mai 1840.

Ce cas est remarquable sous le rapport de la coïncidence du retour des accidents avec le nettoiement incomplet de la peau.

Le deuxième cas est moins intéressant : c'est celui d'un homme atteint de colique modérée guéri au quatrième jour du traitement, et chez lequel, après la cessation de la limonade sulfurique, il est survenu une douleur de brûlure à l'épigastre, avec de la constipation. La limonade sulfurique reprise immédiatement en a triomphé au bout de trois jours.

Après avoir examiné en détail les effets de ce nouveau moyen de traitement, j'ai hâte d'en tirer quelques conclusions générales. Comme la discussion porte presque tout entière sur l'époque de la diminution des douleurs de ventre et de la guérison définitive, j'ai cru devoir établir des moyennes proportionnelles pour ces deux phases du traitement.

La diminution des douleurs abdominales a eu lieu, terme moyen:

Dans les cas de colique violente, au bout d'1 jour 8/10;

Dans les cas de colique modérée, au bout d'1 jour 3/10;

Dans les cas de colique légère, au bout d'1 jour 2/10.

Une moyenne générale donne 1 jour 9/25.

Ce qui se rapproche beaucoup, comme on le voit, des résultats de M. Gendrin, qui signale constamment du soulagement dans les douleurs, du premier au deuxième jour du traitement.

La guérison caractérisée par la disparition complète des douleurs de ventre, la cessation de la constipation et le retour de l'appétit, a eu lieu, terme moyen :

Dans les cas de colique violente, au bout de cinq jours;

Dans les cas de colique modérée, au bout de 4 jour 8/10;

Dans les cas de colique légère, au bout de quatre jours.

Une moyenne générale donne quatre jours et demi.

Résultat qui se rapproche encore beaucoup de celui de M. Gendrin, qui fixe la guérison au troisième ou au quatrième jour.

En résumé, la limonade sulfurique soulage au deuxième jour du traitement et guérit au cinquième.

Employée dans vingt-cinq cas de colique saturnine, elle n'a pas fait défaut une seule fois.

On comprendra facilement, après cela, que je ne regarde pas la limonade sulfurique comme un moyen *illusoire*, mais bien comme une méthode thérapeutique des plus efficaces contre la colique de plomb.

Ce traitement est déjà adopté dans quelques parties de l'Italie et de l'Allemagne; il est à désirer que son usage se généralise en France et nous débarrasse de la dégoûtante pharmacopée du traitement de la Charité. Je serais heureux si ce travail pouvait contribuer à en répandre l'emploi, car je croirais avoir rendu un service à la science et à l'humanité.

F.-A. Aran,
interne des hôpitaux et membre de la Soc. an.

IV. Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme, et ses diverses complications.

SUITE (1).

§ V. *Du Traitement de la blennorrhagie.* — Les quatre espèces de blennorrhagies que nous venons de décrire n'étant, comme nous l'avons dit, qu'une même maladie de nature semblable, et se développant sous l'influence des mêmes causes, les détails de thérapeutique dans lesquels nous allons entrer seront à peu près également applicables à chacune d'elles. Nous indiquerons les légères différences que la diversité de siége peut imposer au traitement.

Deux indications se présentent dans le traitement de la blennorrhagie : combattre la blennorrhagie elle-même comme simple inflammation catarrhale; combattre les diverses complications qui peuvent l'accompagner. Si l'on refuse à la blennorrhagie simple la faculté d'infecter l'économie, et de déterminer des accidents consécutifs, la facilité avec laquelle, chez la femme, il est possible d'explorer tous les points de la muqueuse malade, rendra généralement très-positives les indications à remplir, d'autant plus qu'on n'a pas lieu de soupçonner chez elle, comme chez l'homme, l'existence d'ulcérations latentes dans le canal de l'urèthre.

Il est certain que la gonorrhée simple, chez la femme, disparaît presque toujours aussi promptement par de simples soins de propreté qu'à l'aide des moyens thérapeutiques qu'on peut lui opposer, remarque qu'avait déjà faite B. Bell (2) Mais il faut noter qu'autant il est facile de dissiper les symptômes aigus de la blennorrhagie, autant on a de peine souvent à se débarrasser de cette maladie passée à l'état chronique. Et même

(1) V. le dernier numéro.
(1) B. Bell. Loco cit., p. 159.

les soins les plus prompts et les mieux entendus ne parviennent pas toujours à empêcher ce passage à l'état chronique, bien qu'ils réussissent presque constamment à éteindre très-promptement tout ce qu'il y a d'aigu dans l'inflammation.

Le premier soin que doit prendre une femme affectée de blennorrhagie est d'éloigner toute cause possible, directe ou indirecte, d'irritation des organes génitaux. Une continence absolue est indispensable (1); il faut y joindre un régime rafraîchissant, l'abstinence de tout ce qui peut porter quelque irritation sur le système nerveux ou sur la muqueuse digestive. Ce n'est pas que l'inobservance de ces préceptes donne une gravité immédiate à la maladie, et s'oppose toujours à ce que les premières périodes de l'inflammation achèvent leur cours en peu de temps; mais ce serait le moyen d'assurer le passage de l'affection à l'état chronique, et nous ne saurions assez insister sur l'importance qu'il y a à ne pas lui laisser revêtir cette forme, sous laquelle il devient si difficile de s'en rendre maître.

Des boissons rafraîchissantes seront prises surtout dans le but de délayer les urines, et d'en diminuer les qualités irritantes; des lavements, et même de légers laxatifs, entretiendront la liberté du ventre.

Les topiques auxquels on devra avoir recours seront sous forme de lotions, d'injections et de bains.

Les lotions sont surtout essentielles lorsque l'inflammation occupe les organes génitaux externes; c'est quelquefois le seul moyen auquel on puisse avoir recours, lorsque cette dernière est intense. Simplement émollientes, formées d'une forte décoction de tête de pavots, lorsque les douleurs sont vives, il faut les répéter plusieurs fois par jour. Lorsque, dans la vulvite, la tension des parties est considérable, que le contact de l'urine est fort douloureux, que le pudendum est le siége de ces douleurs irritantes qui agissent à un si haut degré sur le système nerveux de quelques femmes, on obtient beaucoup de soulagement de lavements laudanisés, en ayant soin toutefois de combattre la constipation que déterminent ordinairement les opiacés. C'est par l'emploi fréquent des lotions que l'on empêchera l'exsudation abondante dont la vulve, est si souvent le siége, de s'étendre sur la surface cutanée environnante, où nous avons vu qu'elle déterminait une si vive irritation, et de produire sur la muqueuse vulvaire elle-même des excoriations que le contact de l'urine rend excessivement douloureuses.

Les injections doivent être pratiquées avec soin et plusieurs fois par jour, lorsqu'il y a vaginite ou utérite; on les fera avec une décoction de guimauve ou de pavots, dans la première période de l'inflammation; mais on ne tardera pas à les rendre légèrement astringentes, au moyen d'eau blanche, de vinaigre rosat, etc. On aura soin, lorsque l'inflammation occupera le fond du vagin, ou le col de l'utérus, d'introduire un peu profondément la canule de la seringue, afin que le liquide injecté arrive sûrement au contact de la surface enflammée. Les malades se tiendront sur un plan déclive d'avant en arrière, pour que le liquide soit retenu par sa pesanteur au fond du cul-de-sac vaginal, et n'en sorte pas aussitôt qu'il y aura été introduit; on peut, afin de rendre plus prolongée l'action des topiques, laisser à demeure dans le vagin un tampon allongé, imbibé de la matière de l'injection, et qui écarte modérément les parois du vagin; ce tampon peut être introduit au moyen du spéculum, ou par la malade elle-même, à l'aide de ses doigts. Un fil attaché à son extrémité inférieure sert à le retirer; il suffit habituellement, à moins que l'écoulement ne soit excessif, de le réappliquer toutes les vingt-quatre heures. Lorsque l'on tient à ce qu'il soit en contact immédiat avec le col de l'utérus, il est nécessaire, pour l'introduire, d'avoir recours au spéculum.

Mais quelle que soit l'utilité des injections et des applications topiques sur la muqueuse utéro-vaginale, il faudra craindre que l'application de ces moyens ne soit quelquefois de nature à augmenter l'irritation qu'ils sont destinés à calmer. Ainsi, tant que la vulve est le siége d'une inflammation un peu vive, l'introduction de la seringue à injection est douloureuse et irritante, et il est d'autant plus indiqué de s'abstenir de ce remède que, la vulvite cédant en général avec assez de promptitude, on ne perd ainsi que peu de temps à attendre sa disparition. Alors, surtout, il faut se garder de chercher à s'assurer de l'état des parties profondes, à l'aide du spéculum; on prendra garde encore, dans la vaginite aiguë, d'augmenter l'irritation de la muqueuse, en essayant de porter des topiques sur le col de l'utérus, et sur les parois du vagin elles-mêmes.

Les bains sont d'une grande utilité dans la blennorrhagie chez les femmes; ils doivent être toujours frais et prolongés; les bains de siége seraient plutôt nuisibles qu'utiles dans la blennorrhagie aiguë, car ils tendent, comme on le sait, à déterminer vers les organes du bassin une congestion qui ne pourrait qu'augmenter l'état inflammatoire.

Lorsque l'inflammation est très-vive, que la vulve est tuméfiée, douloureuse, qu'il survient de la fièvre, il peut être utile d'avoir recours à des antiphlogistiques plus énergiques, et les émissions sanguines procurent en géné-

(1) Il faut faire attention que la blennorrhagie étant plus souvent indolente chez la femme que chez l'homme, la continence est moins généralement observée par elle, d'autant plus qu'elle ne trouve pas, dans la difficulté des érections, cet obstacle qui est souvent chez l'homme la plus sûre garantie de sa sagesse.

ral un prompt soulagement. Je préfère de beaucoup les saignées générales aux saignées locales. Les inconvénients fort graves qui peuvent résulter de ces dernières ne me paraissent compensés par aucun avantage; on recommande généralement, quand l'inflammation de la vulve est intense, d'appliquer des sangsues à l'entour, *pourvu qu'il n'y ait pas de chancres;* la recommandation est bonne, sans doute, mais souvent il est difficile d'y avoir égard. Lorsque la vulve est vivement enflammée, que les lèvres sont boursouflées, il est ordinairement difficile, quelquefois impossible, d'explorer avec assez de soin tous les points de la muqueuse, pour s'assurer avec certitude de l'existence ou de l'absence des chancres. L'introduction du spéculum est souvent impraticable, toujours nuisible, et on ne peut savoir que par ce moyen s'il existe ou non des chancres dans le vagin. On voit donc que, dans la plupart des cas où des émissions sanguines sont indiquées, il y a lieu de douter de l'absence des chancres, lors même qu'il n'en existe pas de traces sur les parties faciles à explorer. Ajoutons qu'il n'est pas possible d'appliquer des sangsues assez loin de la vulve pour mettre les piqûres à l'abri de tout contact avec la matière de l'écoulement.

Excepté chez les femmes pléthoriques ou mal réglées, il n'est pas généralement nécessaire de pratiquer des émissions sanguines abondantes; il suffit presque toujours d'une ou de deux saignées pratiquées à peu d'intervalle. Pour les cas où l'inflammation occupe le col de l'utérus lui-même, les préceptes de M. Lisfranc sur la préférence que méritent les saignées générales sur les saignées locales me paraissent tout-à-fait applicables.

Tels sont les moyens très-simples qu'il y a à employer dans le traitement de la blennorrhagie aiguë chez la femme. Ils deviennent plus compliqués lorsque celle-ci a passé à l'état chronique, mais je ne m'en occuperai pas ici.

On essaie en général en vain de faire avorter dès son début la blennorrhagie chez la femme; les moyens qui, en semblable circonstance, réussissent le mieux chez l'homme semblent sans effet chez elle; MM. Gibert, Ricord et Pétigny ont cependant reconnu au copahu une action spéciale sur l'uréthrite, mais sur l'uréthrite seulement. Je crois que l'on pourrait, au début, essayer le traitement par le nitrate d'argent solide, que plusieurs auteurs anglais ont vanté dans la blennorrhagie.

CHAPITRE II.

Des complications de la blennorrhagie. — La blennorrhagie chez la femme se montre moins souvent à l'état simple que chez l'homme; parmi les diverses complications qui peuvent l'accompagner, les unes lui sont communes avec l'autre sexe, telles que les chancres, les végétations, les bubons, etc.; les autres sont particulières, ou presque particulières à la femme; tels sont les tubercules plats ou papules muqueuses, les érosions granulées du col de l'utérus, les fissures à l'anus: celles-ci nous demanderont seules une description un peu étendue; nous nous contenterons, pour les autres, d'indiquer les circonstances tout-à-fait spéciales qu'elles présentent chez la femme. Nous n'aurons pas à nous occuper ici de l'extension de l'inflammation de la muqueuse génito-urinaire à la surface cutanée voisine, des inflammations phlegmoneuses ou œdémateuses de la vulve, de l'extension de la maladie à la vessie, etc. Ces diverses complications ont été indiquées à propos de la blennorrhagie elle-même, dont elles sont, si je puis ainsi dire, le produit direct.

Quant aux métastases de la blennorrhagie, à son transport à des organes éloignés, on les observe beaucoup moins fréquemment chez la femme que chez l'homme.

On a voulu expliquer la rareté de l'ophthalmie blennorrhagique chez la première par cette circonstance, qu'elle est beaucoup moins exposée que l'homme au contact direct de la matière blennorrhagique. Quant aux arthrites blennorrhagiques, on a remarqué (le professeur P. Cloquet, je crois) que c'était presque toujours l'articulation coxo-fémorale qui était prise chez les femmes affectées de blennorrhagie.

§ I. — *Tubercules plats.* — On appelle tubercules plats (Gibert), papules muqueuses (Ricord), pustules muqueuses (Lagneau), plates, humides..... des boutons larges, aplatis, blanchâtres, qui sont une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie chez la femme. Le nom de pustules est évidemment mauvais, puisqu'il signifie des petites tumeurs remplies de pus, tandis que celles dont nous nous occupons sont toujours pleines et solides. Le nom de tubercules convient mieux que celui de papules que l'on applique en général à des tumeurs d'un petit volume. Très-rare chez l'homme, mais se rencontrant fort souvent chez la femme sous forme primitive, ce symptôme s'observe autour des parties génitales, de l'anus et des seins.

Les tubercules plats se présentent sous la forme de saillies assez semblables, bien que beaucoup plus grosses, à des boutons de variole bien développés, et au moment où ils deviennent opaques, ils sont arrondis sur les bords, plats à leur surface, quelquefois légèrement excavés au centre, blanchâtres ou d'une teinte grisâtre un peu ardoisée, plus souvent que rouge, comme on le dit habituellement. Les plus petits ont le diamètre d'une lentille; d'autres sont aussi larges qu'une pièce de cinq sous; ils sont, en général, le siége d'une exsudation abondante (pustules humides), visqueuse, transparente, âcre, d'une odeur forte et caractéristique, dont le contact irrite, rougit la peau qui les environne, et rend celle-ci le siége d'une

semblable sécrétion. Ils ne sont, en général, guère douloureux par eux-mêmes, à moins qu'ils ne soient ulcérés; ils sont le plus souvent accompagnés de vulvite.

Ils se développent aussi bien sur la peau que sur une surface muqueuse, mais là seulement où l'épiderme a beaucoup de finesse. En nombre très-variable, tantôt on les voit, confluents, couvrir les grandes et les petites lèvres, la partie interne et supérieure des cuisses, le périnée, le pourtour de l'anus; tantôt ils sont en petit nombre, isolés; quelquefois on en voit seulement quelques-uns disposés en forme de chapelet le long des grandes lèvres.

Ils sont souvent tout-à-fait superficiels : c'est-à-dire que leur base repose immédiatement sur la surface du derme; d'autres fois leur base est indurée plus ou moins profondément, surtout lorsqu'ils ont leur siége sur les grandes lèvres; dans ce dernier cas, ils sont en général plus persistants et plus difficiles à guérir.

Quelquefois les tubercules plats s'ulcèrent à leur sommet, et présentent une surface d'un rouge vif, aplatie, suppurante, et qu'il est quelquefois très-difficile de distinguer d'un chancre, d'autant plus que le travail d'ulcération les creuse souvent à leur centre. On peut, le plus souvent, les reconnaître à leur nombre plus grand que ne l'est habituellement celui des chancres, à l'existence d'autres tubercules plats non ulcérés, ou commençant seulement à s'ulcérer, et conséquemment plus faciles à distinguer, surtout à la saillie qui les supporte et à l'élévation du niveau de l'ulcération au-dessus du niveau de la peau. Cependant la distinction me paraît, dans certains cas, impossible à faire entre des tubercules plats ulcérés et des chancres à base indurée; M. Ricord les reconnaît au moyen de l'inoculation qui ne réussit qu'avec les chancres; mais nous reviendrons tout à l'heure aux opinions de ce médecin.

Les tubercules plats s'observent habituellement chez des femmes malpropres, affectées de vulvite et d'un écoulement abondant. Ils se montrent ordinairement peu de jours après le coït, et le plus souvent après l'écoulement. Quelques femmes m'ont assuré les avoir vus se développer avant de s'être aperçues d'aucun écoulement. M. Gibert en a vu datant de trois semaines, chez une femme infectée par son mari atteint d'écoulement, et chez laquelle la vulve était parfaitement saine; c'était la première fois que cette femme était atteinte de syphilis (1).

Ils se développent sous forme de petits boutons blancs qui s'accompagnent ordinairement à leur début d'une vive démangeaison, mais dont les femmes ne s'aperçoivent souvent que lorsqu'ils sont tout formés.

(1) Manuel cité, pag. 280.

Ce symptôme était autrefois rangé parmi les symptômes consécutifs, et les auteurs anciens ne l'ont même pas indiqué parmi ceux qui peuvent accompagner la blennorrhagie aiguë. La plupart des auteurs modernes s'accordent à le regarder comme souvent primitif, surtout chez la femme. Suivant M. Desruelles, les pustules muqueuses seraient presque toujours primitives (1). Mais on conçoit que cet auteur, pour qui les symptômes vénériens ne sont tous que des modifications de l'inflammation, n'admette qu'à son corps défendant des symptômes consécutifs. M. Ricord affirme que le tubercule muqueux est beaucoup plus fréquent comme accident secondaire que comme accident *réputé primitif* (2). « C'est à tort que quelques auteurs ont voulu en faire deux espèces différentes, le primitif et le secondaire; il est évidemment le même quant à sa nature intime et à sa marche dans tous les cas (p. 153). » Il dit plus loin : « Le tubercule muqueux doit être rapporté aux accidents secondaires, et est une peuve de syphilis constitutionnelle (p. 157). »

Il me paraît certain que le tubercule plat est aussi souvent primitif chez la femme qu'il est consécutif chez l'homme, et nous allons dans un instant rechercher ce qu'entend M. Ricord, en disant qu'il est toujours secondaire, et quel est le point de départ de son opinion à ce sujet.

La nature des tubercules plats, la cause immédiate de leur développement, est un point de leur histoire sur lequel il règne peu d'accord. Les uns le regardent comme un symptôme essentiellement syphilitique, les autres le considèrent comme un phénomène dû simplement à l'inflammation ou au contact de la matière de l'écoulement.

Suivant M. Pétigny, les pustules plates, humides, dues à un boursouflement particulier du tissu muqueux, sont évidemment un produit de l'inflammation. Beaucoup de personnes croient qu'elles sont dues seulement au contact de la matière de l'écoulement vulvo-vaginal; il est certain qu'on les observe surtout chez les femmes malpropres, atteintes d'un écoulement âcre et abondant, et qu'on ne les voit guère se développer hors de la portée de l'écoulement vulvaire. Aussi, suivant M. Lagneau (3), sont-elles incomparablement plus fréquentes dans les hôpitaux qu'à la ville. Ce praticien a même remarqué, ainsi que M. Devergie, que ce symptôme était moins commun à Paris, depuis que les bains y sont devenus d'un usage plus facile et plus général.

Suivant M. Devergie, les pustules humides

(1) Desruelles. *Traité prat. des mal. vénér.*
(2) Ph. Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes.*
(3) Lagneau, *Traité prat. des mal. syphil.*, pag. 201.

ne seraient point un signe d'infection. Il rapporte à l'appui de son opinion le fait suivant: une femme de trente-trois ans, enceinte d'un second enfant, fut prise, dans les premiers mois de sa grossesse, d'une chaleur vive aux parties sexuelles, rendant le coït fort douloureux. (Le mari avait eu, il y avait plus de douze ans, seulement un écoulement guéri au bout d'un mois.) Au quatrième mois se développèrent aux grandes lèvres des pustules humides, qui bientôt s'étendirent au pourtour des cuisses, au périnée; la région anale se couvrit de rhagades, de condylomes. Un médecin attribua cela à une syphilis constitutionnelle; il prescrivit des sudorifiques, du sirop de Cuisinier avec addition de six grains par bouteille. Au bout de quinze jours de traitement, la bouche s'enflamma, les amygdales s'ulcérèrent, le pourtour de la langue se couvrit de végétations, l'état des parties sexuelles s'irrita.... M. Devergie, appelé, remplace ce traitement par des antiphlogistiques; il obtient beaucoup de mieux. Cependant la femme est délivrée, et bientôt après tout a disparu.

Ce fait, qui pourrait servir à plusieurs fins, et être aussi invoqué par ceux qui refusent d'accorder au mercure les propriétés spécifiques dont il est doué, ne saurait rien prouver, à cause des circonstances qui l'ont accompagné. Il est, en effet, d'observation que l'état de grossesse rend en général fort difficile la guérison des accidents vénériens locaux qui, après la délivrance, disparaissent souvent d'eux-mêmes. Or, on conçoit fort bien que dans ce cas un traitement mercuriel employé sans ménagement a pu exaspérer des accidents auxquels il ne fallait opposer qu'un traitement palliatif, ou au moins très-modéré. M. Devergie et les antiphlogistiques sont arrivés à temps pour pouvoir s'attribuer ce qui, en fait, a été très-probablement l'œuvre de la nature. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que ce médecin a beaucoup aidé cette dernière, en faisant cesser le traitement peu rationnel auquel on avait eu recours.

Pour moi, les tubercules plats sont un symptôme non équivoque de vérole; en effet, si l'on considère qu'ils s'observent toujours dans le même lieu, sous l'influence d'une cause unique, le coït; qu'ils peuvent se montrer avant tout écoulement, et sans que la muqueuse génito-urinaire présente aucun signe d'inflammation; si l'on songe à la ressemblance avec le symptôme évidemment consécutif qui porte le même nom, à sa coïncidence fréquente avec d'autres symptômes vénériens, on ne doutera pas qu'il n'y ait dans la cause qui le produit autre chose que de l'inflammation, que le contact d'une humeur irritante, sans nier pour cela que ces dernières circonstances ne puissent, dans quelques cas, favoriser son développement.

M. Ricord paraît bien avoir observé que le tubercule muqueux se développait primitivement; mais comme il a reconnu en même temps que le tubercule ulcéré ne fournissait aucun résultat par l'inoculation, il a dû se trouver dans un grand embarras dont, suivant nous, il a vainement cherché à sortir. Comme les idées, fort ingénieuses, du reste, de M. Ricord sur le chancre ne nous ont jamais paru appuyées sur une observation incontestable, et qui réponde à toutes les objections que l'on a pu leur présenter, nous avons porté beaucoup d'attention sur un chapitre de M. Ricord sur le tubercule muqueux, dans lequel cet auteur nous paraît avoir, plus que jamais, donné cours à son imagination, pour réfuter les contradictions que lui présentaient les faits.

« Contagieux par un procédé vital insaisissable, et qu'on ne peut expliquer, le tubercule muqueux ne peut être transmis par voie d'inoculation. Symptôme bizarre, voilé dans son début, insidieux dans sa marche, il constitue un accident de transition entre le point de départ régulier et caractéristique de la syphilis, le chancre, et les accidents d'infection générale (*Trait prat.* pag. 151); l'antécédent constant, la cause spécifique du tubercule muqueux, c'est le chancre.... Les tubercules muqueux ont été précédés de chancres, ou ont été communiqués par un individu qui avait des chancres (pag. 152). Lorsqu'un malade ne présente qu'un ou deux tubercules muqueux sur les points ordinairement soumis à la contagion, il reste *prouvé*, pour des observateurs habitués on rigoureux, que ce sont des chancres à la période *de réparation vicieuse*, *ou de transformation* in situ. »

Il me semble que l'importance exclusive que M. Ricord accorde au chancre, fondée sur le fait de la reproduction par l'inoculation, qu'il le dit toujours apte et seul apte à produire, est démentie par celui-ci, que l'accident le plus remarquable de la vérole, la papule muqueuse, ne produit aucun résultat par l'inoculation. (Loco cit., pag. 51) Il est vrai que ne pouvant affirmer qu'il fût toujours consécutif, et se refusant à admettre comme primitif un symptôme syphilitique qui ne se reproduisait pas par l'inoculation, il l'appelle *accident de transition...*, et affirme qu'il est toujours précédé ou produit par le chancre. Mais il est incontestable que le tubercule plat se développe quelquefois avant aucun autre symptôme vénérien, qu'on le rencontre dans un certain nombre de cas, sans qu'il soit accompagné de chancres; que les chancres le plus souvent se montrent sans tubercules plats; que ce dernier symptôme est beaucoup plus rare chez l'homme, chez lequel cependant le chancre s'observe plus souvent que chez la femme; il est certain que si le chancre produisait le tubercule plat, comme le dit M. Ricord, ce médecin aurait vu cette génération se produire dans ses nombreuses expériences sur l'inoculation du chancre. Maintenant, pour ce qui est de la transformation du chancre en tubercule plat, que M. Ricord semble considérer comme

prouvée, et que pour cela sans doute il n'appuie d'aucun fait, j'avoue n'avoir rien vu de semblable, et concevoir même difficilement la possibilité de cette transformation, que personne ne paraît avoir observée. Il est vrai que l'on trouve parfois, sur les grandes lèvres surtout, des noyaux d'induration que l'on peut aussi bien rapporter à des chancres qu'à des tubercules plats non ulcérés et indurés; mais de ce qu'il est difficile de distinguer à laquelle de ces deux affections ils appartiennent, il ne s'ensuit pas qu'ils soient l'une et l'autre à la fois.

DURAND-FARDEL, D.-M.

(*La fin à un prochain numéro.*)

V. Observation de l'anévrisme de la portion ascendante de l'aorte ; tumeur volumineuse au dehors ; oblitération du sac par des caillots ; dilatation de l'aorte au-dessus de la masse fibrineuse.

Un cas très-remarquable d'anévrisme de l'aorte, qui avait excité l'attention de plusieurs praticiens distingués de Paris, vient de s'observer à l'hospice de la vieillesse (hommes). Le malade qui fait le sujet de cette observation est mort dans les salles de M. Malgaigne, chirurgien en chef de Bicêtre.

C'est en 1838 que j'ai commencé à recueillir les détails que je vais exposer. Je dois une grande partie des antécédents à mon collègue et ami Renauldin fils, ainsi qu'à mes collègues Gontier et Lambron, qui se sont succédé depuis trois ans dans le même service.

Suratheau, âgé de cinquante-trois ans, chapelier, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament nerveux et sanguin, n'avait jamais fait aucune maladie grave, lorsqu'il y a quatre ans (1834), à la suite d'une contrariété très-vive, il fut pris d'attaques de nerfs qui durèrent trois ou quatre heures, et qui, depuis, n'ont jamais reparu. Le lendemain de cet accident, il ressentit au niveau du sein gauche une douleur qui augmentait pendant l'inspiration.

Il n'avait pas alors de palpitation. Deux mois entiers s'écoulèrent sans qu'il fît aucun traitement, bien qu'il éprouvât toujours la même douleur; il se décida enfin à entrer à l'hôpital. Il est bon de noter que ce malade ne put, dès l'origine de cette douleur, se coucher ni sur le dos, ni sur le côté gauche.

En l'espace de quatre ans, Suratheau rentra six fois à l'hôpital, et n'en sortit jamais que très-médiocrement soulagé, quoiqu'on eût employé contre cette douleur, que l'on crut d'abord de *nature rhumatismale*, un grand nombre de moyens (ventouses, vésicatoires, bains de vapeur, etc.); ce ne fut que vingt mois après, que le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, située à vingt-sept millimètres (un pouce) en dedans et au-dessous du téton gauche ; en trois semaines, la tumeur acquit le volume d'une noix, et offrit des battements: toutes les fonctions s'exécutaient très-bien.

Vers cette époque, S... éprouva une satisfaction très-vive et la tumeur disparut. *Quelle était donc la nature de cette douleur et de cette tumeur?* C'est ce que personne n'osait encore dire ; un assez long espace de temps s'écoula sans que la tumeur reparût, et sans que la douleur augmentât.

Enfin, au bout de trois mois, la tumeur se présenta aussi peu volumineuse que la première fois, elle augmenta *à vue d'œil*, et acquit en quatre mois la grosseur d'une orange. Ce fut seulement alors que la respiration commença à s'embarrasser ; la marche, le moindre effort essoufflaient le malade ; il n'éprouvait, dit-il, de soulagement et d'amélioration dans son état qu'après la consommation de l'acte vénérien ; les battements que l'on avait notés, dès l'apparition de la tumeur, devinrent de plus en plus manifestes (emploi de la digitale).

Ce malade éprouva de violents chagrins, et en quelques jours la tumeur acquit quatre cent six millimètres (quinze pouces) de circonférence (saignées, pilules de digitale et d'opium). Loin d'obtenir quelque soulagement de cette médication, S. . s'en trouva plus mal, la tumeur fit des progrès très-rapides, et s'accrut de cent huit millimètres (quatre pouces) de circonférence en vingt jours ; elle offrait alors cinq cent quatorze millimètres (dix-neuf pouces) de circonférence, et cent vingt-deux millimètres (quatre pouces six lignes) de haut en bas.

Notre malade étant sorti de l'hôpital pour la sixième fois, ne tarda pas à tomber dans une profonde misère ; il entra à Bicêtre le 25 mars 1838.

Etat du malade le 6 *mai* 1838. — S... n'est pas à l'infirmerie, il se promène dans les cours de l'hospice ; il y a quinze jours, il a craché du sang pendant environ vingt-quatre heures ; ce crachement de sang arrivait après des quintes de toux.

La face n'est pas violacée ; les veines jugulaires ne sont pas dilatées ; le pouls est peu développé en raison des battements dont la tumeur est agitée, il est régulier ; il n'y a rien de spécial à noter. Cet homme conserve son embonpoint, et n'offre d'œdème dans aucune partie du corps.

A la région du sein gauche, on observe une tumeur commençant supérieurement à quatre-vingt-un millimètres (trois pouces) au-dessous de la clavicule, et s'étendant en bas jusqu'à quarante-un millimètres (dix-huit lignes) au-dessus du cartilage de la onzième côte ; en dedans jusqu'à quarante-un millimètres de la partie moyenne du sternum ; en dehors jusqu'au bord antérieur de l'aisselle. En promenant le doigt autour de sa circonférence on ne peut sentir les côtes qui paraissent avoir été usées ; le mamelon est si-

tué au milieu de la tumeur qui est rénitente, globuleuse, et qui fait saillie en avant comme *la mamelle d'une femme au quatrième ou cinquième mois de la grossesse;* elle est élastique, mais nullement *fluctuante;* elle est soulevée par un véritable mouvement de propulsion, et elle offre à la vue aussi bien qu'au toucher, dans tous les points de sa circonférence, des battements assez forts, isochrones à ceux du pouls, et absolument analogues à ceux de la pointe du cœur qui viendrait frapper le doigt. La peau qui recouvre cette tumeur a conservé son aspect ordinaire.

A l'auscultation on entend des bruits différents (quoique difficiles à distinguer), suivant les points où l'oreille est appliquée. Entre la partie la plus élevée de la tumeur et la clavicule gauche, on perçoit un double bruit de soufflet assez superficiel, plus marqué et râpeux au deuxième temps. Ces bruits se succèdent assez régulièrement, mais par intervalles on peut en compter un troisième (bruit de ra-ta-pla), et il est vraiment impossible de reconnaître exactement les bruits du cœur; en auscultant la région dorsale, l'oreille entend un bruit de râpe sec et très-prononcé, qui est bien certainement produit dans l'aorte.

Le malade resta long-temps dans le même état sans éprouver aucun changement dans les symptômes, si ce n'est dans l'intensité plus ou moins grande de la dyspnée, qui varie suivant mille circonstances (changement de température, contrariétés, exercice violent, etc.).

Au mois d'avril 1839, il fut pris tout à coup d'une dyspnée très-grande; la suffocation était imminente. Il entra dans un service de médecine, où on lui pratiqua une saignée copieuse qui le soulagea beaucoup.

Quelques jours après avoir quitté les salles de médecine, S... rentra dans le service de chirurgie; il était très-essoufflé, et accusait une douleur assez vive occupant la base de la poitrine; il prétendait n'avoir pas dormi depuis six jours; du reste il ne présentait rien d'anormal, et sa constitution n'était nullement détériorée (*compresses d'eau blanche sur le sein; pilules d'acétate de plomb; sinapisme aux jambes; pédiluves sinapisés; potion avec teinture de valériane, trois grammes; extrait d'opium, dix centigrammes*). Il fut un peu soulagé par ces moyens thérapeutiques, mais dès lors il ne quitta plus l'infirmerie. Il est à remarquer qu'un des symptômes les plus constants des maladies du cœur (l'œdème) a manqué jusqu'à présent, et s'il y a à cette époque tendance à la bouffissure, c'est seulement vers la tête et les extrémités supérieures.

Vers le 2 avril 1840, les extrémités inférieures commencèrent à s'œdématier et à s'affaiblir. Appelé à Paris pour des affaires d'intérêt, S... se fatigua et revint avec une très-grande dyspnée (saignée; potion avec la digitale). L'œdème est devenu plus considérable; une toux quinteuse assez fréquente, tourmente le malade et l'oblige à se tenir long-temps sur son séant; expectoration difficile. Il a de temps en temps de légères épistaxis qui diminuent l'oppression.

Quelques jours de mieux être. Vers le 16 avril, nouvel accès de dyspnée; il ne peut plus se coucher sans qu'il y ait imminence de suffocation (saignée de cent vingt grammes, potion avec digitale, pilules opiacées).

Jusqu'au 20, il y eut des alternatives de calme et de dyspnée; le 22, oppression très-considérable, toux très-pénible, expectoration difficile, sentiment de gêne et de douleur au niveau de la fourchette sternale; épistaxis, (sinapisme, potion avec chlorhydrate de morphine 0,05, ventouses).

Le 25 il y a de la céphalalgie, des vomissements bilieux et muqueux, insomnie, augmentation de l'œdème des extrémités.

Jusqu'au 6 mai, les symptômes sont à peu près les mêmes. La respiration est encore plus embarrassée que les jours précédents: quelques rêvasseries. A partir de cette époque, une extrême agitation s'empara de notre malade, il ne dormit plus, ne voulut plus d'aliment; de temps en temps il avait un délire vague. Cet état dura jusqu'au 10 mai; ce jour là, l'oppression est très-grande, délire violent qui redouble d'intensité vers le soir; la nuit fut très-agitée, il sortait à chaque instant de son lit; vers le matin, la respiration devint de plus en plus laborieuse, et il expira à cinq heures du matin le 11 mai 1840.

Autopsie faite vingt-huit heures après la mort. —La peau est incisée crucialement, puis disséquée avec grand soin par le chirurgien en chef de l'hospice; au-dessous de la peau on rencontre le muscle grand pectoral qui est exactement moulé sur la tumeur; il est séparé du tégument externe par une couche assez considérable de tissu cellulaire, et les adhérences qui unissent entre elles ces deux parties sont plus intimes au bas de la tumeur, et dégénèrent, vers les attaches supérieures du muscle droit et la terminaison antérieure du grand dentelé, en une espèce de tissu blanchâtre dur, criant sous le scalpel et ressemblant à une lame mince de cartilage. La tumeur se présente avec les mêmes caractères que pendant la vie; elle est mollasse, élastique, surtout au centre, et M. Malgaigne, en la palpant, exprime (probablement en raison de la fausse fluctuation qu'on y perçoit) la crainte qu'il aurait eu de la voir s'ouvrir au dehors si la vie du malade se fût prolongée. Nous n'avons pas partagé la sollicitude du chirurgien, parce que nous avions encore ausculté le malade peu de temps avant sa mort, et que nous avions acquis la certitude que, depuis longue date, cette tumeur n'était plus perméable au sang.

Les quatrième, cinquième et sixième côtes sont détruites. Le bout antérieur de la cinquième côte, inégal, grisâtre, spongieux, est encore attaché à son cartilage de prolongement; les cartilages de prolongement n'ont

éprouvé aucune altération ; les vertèbres sont saines ; la tumeur n'a pas empiété sur la cavité droite du thorax; le poumon droit est très-sain, mais à la base et en arrière il y a un peu d'engouement; le poumon gauche n'est pas comprimé ; il est emphysémateux en quelques points. La plèvre est également saine; elle offre quelques adhérences anciennes, et contient un peu de sérosité citrine; le péricarde adhère dans toute son étendue à la face externe du cœur, par des adhérences serrées, filamenteuses, mais peu intimes, il est très-peu épaissi; le cœur a conservé sa position normale, il est situé en bas et en arrière de la tumeur ; il a augmenté de volume. Le ventricule droit est presque vide, il ne renferme que quelques caillots de sang noir; ses parois sont flasques. Les parois du ventricule gauche ont dix-huit millimètres (huit lignes) d'épaisseur; on ne trouve à son intérieur qu'une petite quantité de caillots. *Les orifices du cœur sont conservés : les valvules sont membraneuses, et présentent quelques traces rares d'ossification ;* l'artère pulmonaire a conservé sa position et sa direction normale. Le nerf pneumo-gastrique gauche est plus volumineux que de coutume, il est aplati et un peu ramolli; doit-on rapporter à cette modification survenue dans le nerf les troubles digestifs qui se sont manifestés vers les derniers temps de la vie?

Vue en arrière, la tumeur s'étend du cœur aux côtes, dans une étendue de cent trente-cinq millimètres (cinq pouces), séparée en deux portions presque égales par une rainure verticale qui est remplie par un tissu lisse jaunâtre, ressemblant à de la graisse. De haut en bas, la tumeur (c'est-à-dire ce prolongement qui va de l'aorte à la paroi thoracique) a un diamètre de cent huit millimètres (quatre pouces); en l'ouvrant dans la direction de l'aorte et de la dilatation, on arrive à peu près jusqu'à soixante-huit millimètres (deux pouces six lignes) sans rien trouver que des caillots concentriques, gris et secs à la circonférence, offrant une disposition lamelleuse et devenant plus bruns et plus humides au centre. L'aorte ascendante est énormément dilatée en arrière, de manière à admettre le poing ; en avant, ses membranes internes présentent une solution de continuité de la même étendue que la tumeur. Dans cet endroit, les caillots paraissent recouverts d'une membrane organisée rougeâtre, polie, et continue avec la membrane interne; cette membrane formait un cul-de sac en entonnoir d'environ 25 millimètres (onze lignes) de profondeur au delà duquel la tumeur fibrineuse est imperméable au sang.

Derrière ce cul-de-sac se trouvait une portion superficielle de la masse fibrineuse canalisée par le sang; ce canal, dont les parois avaient deux millimètres (une ligne) d'épaisseur, pouvait admettre le doigt dans l'intérieur.

La poche aortique, c'est-à-dire cette dilatation déjà mentionnée de l'aorte, au-dessus de la tumeur, renfermait un gros caillot noir tout récent ; elle offrait des plis énormes, et était ossifiée dans presque tous ses points.

Ici se termine l'autopsie. Quant à nous, nous aurions désiré donner les dimensions précises du cœur; faire connaître plus exactement l'état des orifices et des valvules de cet organe. Nous aurions voulu savoir dans quel état se trouvait l'aorte, depuis son origine au cœur jusqu'au moment où elle n'est plus enveloppée par le péricarde, et l'on aurait encore pu noter si la tumeur fibrineuse ne commençait qu'à ce point et dire exactement l'intervalle qui restait entre sa partie la plus élevée et la crosse aortique; enfin il eût été intéressant d'indiquer l'état des vaisseaux qui naissent au-dessous et au-dessus de la tumeur.

CAMILLE LAURÈS,
interne des hôpitaux.

VI. Note sur diverses falsifications du lactate de fer.

Vers la fin de l'année dernière, sur la demande de plusieurs médecins, je fus conduit à faire quelques recherches sur le *lactate de fer*, sel qui, connu depuis long-temps dans la science, semblait avoir été complètement oublié, probablement à cause de la difficulté de sa préparation. Convaincu que tel était le seul obstacle qui s'opposât sérieusement à l'extension de son emploi, je me livrai à de nombreuses expériences, et parvins bientôt à la découverte d'un procédé fort simple, non indiqué par les auteurs, et qui permettait désormais de livrer ce sel à la pharmacie en grande quantité.

Le 4 mars 1840, M. Boudet communiqua, en mon nom, à la Société de pharmacie, ce procédé qui fut accueilli favorablement, inséré dans le *Journal de pharmacie* du même mois, et peu après reproduit par la plupart des journaux de médecine.

Un échantillon de ce sel cristallisé, obtenu par mon nouveau mode de préparation, fut présenté, dans sa leçon du 22 avril, par M. Trousseau aux nombreux auditeurs qui se pressent à son cours de matière médicale, et déposé par ce savant professeur dans les cabinets de la Faculté de médecine.

D'après cela, il était à présumer que le lactate de fer, dont l'usage prit un rapide accroissement, se trouverait bientôt dans toutes les pharmacies à un état de pureté parfaite, le procédé que j'indiquais, et que je m'étais hâté de publier pour éviter tout soupçon de charlatanisme, étant, comme je l'ai dit, d'une simplicité extrême. J'observai néanmoins bientôt avec étonnement, que le lactate de fer livré au commerce par plusieurs fabricants était toujours à l'état pulvérulent, et lorsque je vins à faire l'examen de quelques-uns de ces échantillons, je pus

y constater des falsifications pratiquées à la faveur de cet état pulvérulent ; falsification que je m'empresse de signaler aux médecins qui en font usage, et à mes confrères.

J'ai trouvé en effet dans quelques-uns du sulfate de fer effleuri ou précipité par l'alcool ; dans d'autres, de l'amidon, ou enfin du sucre de lait.

Rien de plus facile que de constater la première de ces falsifications au moyen du nitrate de baryte, qui précipite tout l'acide sulfurique du sulfate de fer.

Pour la seconde (par l'amidon), la teinture d'iode offre un réactif extrêmement sensible.

La troisième est moins aisée à découvrir, le sucre de lait et le lactate de fer étant également solubles dans l'eau, également insolubles dans l'alcool et dans l'éther. On y réussit cependant au moyen de l'acide nitrique qui transforme le sucre de lait en acide mucique, sous l'influence de la chaleur. On chauffe environ deux grammes de lactate de fer suspect avec trente grammes d'acide nitrique pur, jusqu'à ce que le tout soit réduit à six ou sept grammes. Le sel est-il pur? la liqueur est parfaitement claire après le refroidissement. Le sel contient-il de la lactine? il se forme un précipité blanc, pulvérulent, d'acide mucique, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, et que l'on reconnaît facilement aux caractères donnés par les auteurs.

On peut, sans nul doute, se mettre à l'abri de ces falsifications, en essayant le lactate de fer pulvérulent avant de l'employer; mais il est plus simple et plus sûr de n'admettre ce sel que sous forme de plaques crystallines, qui se prêtent mal à la fraude.

LOURADOUR, *pharmacien.*

VII. CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Depuis la remise que je vous ai faite au commencement de juin de la note insérée dans le dernier numéro de votre journal (juillet), M. Vidal de Cassis a lu à l'Académie (séance du 4 juillet) un travail dans lequel il s'efforce de conjurer les alarmes que pourraient faire naître les observations que je mentionne et qui se trouvent aujourd'hui publiées. Je déclare qu'avant d'avoir entendu la lecture de M. Vidal, *j'ignorais complètement* qu'il possédât trois cents faits qui doivent déposer de l'innocuité des injections de l'utérus ; personne à l'hôpital de l'Oursine ne m'en avait dit un mot. J'ai, du reste, assisté à une séance dans laquelle M. Vidal a eu l'obligeance de pratiquer ces injections devant moi. Des cinq ou six femmes qui y ont été soumises, aucune ne m'a paru souffrir pendant l'opération, et je n'ai point appris que des accidents l'aient suivie.

Ce n'est, certes, pas moi qui contesterai la valeur de trois cents faits, mais l'*observation recueillie dans mon service et deux ou trois autres recueillies à Tours* perdent-elles par là leur importance ? Quoi qu'on fasse, elles resteront avec leurs conséquences forcées. Il est des faits d'une nature telle que, même exceptionnels à mille autres, rien ne peut en atténuer l'autorité.

D'un autre côté, les quelques faits malheureux que j'ai cités sont-ils les seuls qu'on puisse opposer aux injections de l'utérus ? Non, il en est beaucoup d'autres ; je ne sais pas encore si l'on peut les compter par *centaines*, mais je m'occupe de les rassembler, et, sans sortir de l'hôpital de l'Oursine, j'en trouve déjà un bon nombre.

M. Vidal répond, je le sais, *que ceux qui ont un souvenir des accidents après les injections intra-utérines n'ont pas agi avec les précautions nécessaires.* Mon honorable collègue aurait-il, en effet, trouvé le procédé opératoire qui doit à tout jamais en mettre à l'abri? grâces lui soient rendues!

Quoi qu'il en soit, M. Vidal lui-même désire encore des expériences plus nombreuses pour décider la question. Pour mon compte, je répondrai à son appel. Dans sa loyauté, M. Vidal veut bien aussi reconnaître de *bonnes intentions* chez les adversaires de ses opinions ; ces *intentions* ne cesseront d'être les miennes en toute circonstance, et quels que soient les résultats de mes études, il peut être sûr qu'ils seront connus.

HOURMANN,

docteur médecin de l'hôpital de l'Oursine.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques. Recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes, par J.-B. Cazauvieilh, D.-M.-P.

Il y a de ces vérités que tout le monde pressent, et que personne n'ose regarder en face, et bien moins encore approfondir, soit qu'on hésite à heurter de front, sans s'appuyer sur des preuves irrécusables, des préjugés universellement répandus, soit qu'on se laisse endormir au bruit monotone des déclamations de quelques écrivains qui, les uns par entraînement, les autres par calcul, se sont faits les champions de ces préjugés. Vienne pourtant un homme au jugement droit, à la pensée hardie ; il soumettra de nouveau à la discussion les faits mal interprétés, et il ne reculera pas devant l'énonciation claire et précise de leur véritable signification. Il aura d'abord contre lui la foule que le savoir offusque, et à qui la franchise déplaît ; mais peu à peu les esprits de la trempe du sien se grouperont autour de lui, et, si leurs efforts réunis ne parviennent pas à faire sortir du chemin de l'erreur la génération à laquelle ils appartiennent, ils en fermeront du moins l'entrée à la génération qui les suivra. C'est ainsi que les vérités physiques les plus

palpables se sont établies au milieu de contradictions que nous sommes tentés de révoquer en doute, tant nous avons de peine à les comprendre! Quelque fécondes qu'elles aient été et qu'elles doivent être encore, elles et leur postérité auront désormais peu de combats à soutenir : les physiciens et les géomètres, pour peu qu'ils soient d'accord entre eux, sont en possession d'être crus sur parole. Les vérités morales ont été moins heureuses, et, parmi elles, celles qui ont rapport à la folie, au suicide et au crime ne sont pas les moins mal traitées. Quand une question de ce genre est soulevée, toute spéciale qu'elle est, le premier venu se croit en droit et en état de la résoudre. L'un la juge tout d'abord, comme d'instinct, d'après sa façon particulière de sentir; l'autre la tamise au crible mesquin de doctrines vermoulues sans paraître se douter que les systèmes ne sont que la coordination et la généralisation des faits, et que, lorsque les faits grandissent, au lieu de les mutiler et de les amoindrir pour les faire entrer dans les systèmes, ce sont les systèmes au contraire qu'il faut élargir afin qu'ils y trouvent place. D'autres enfin, et ce ne sont pas les plus mal avisés, appuient leurs conclusions sur la logique, irrésistible en apparence, des calculs statistiques. Mais les chiffres eux-mêmes ne sont pas infaillibles, et les solutions auxquelles ils conduisent doivent être accueillies avec d'autant plus de réserve, qu'elles sont plus tranchantes et plus absolues. Les opérations d'arithmétique sont d'une extrême simplicité, et chacun peut en vérifier la justesse; mais il n'est pas aussi facile d'apprécier avec exactitude les données qui servent de base à ces opérations, d'établir leurs véritables rapports, et d'évaluer leur importance réelle. Or, ce travail préparatoire, dans les questions dont je parle, est incontestablement le lot exclusif du médecin. Ne souriez pas : ce n'est pas mon opinion que j'émets; c'est celle de Descartes que je rappelle. « S'il est possible, dit-il, de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. » Car, avant de perfectionner, il faut connaître; et celui-là seul connaît bien l'espèce humaine qui étudie sans cesse l'homme physique et l'homme moral, l'action et la réaction qu'ils exercent l'un sur l'autre, et les modifications que font subir à l'un et à l'autre les agents matériels, intellectuels et affectifs auxquels ils sont soumis. Tel est le point de départ du livre de M. Cazauvieilh. Nous l'approuvons hautement d'établir ainsi, dès le premier pas, la légalité de sa mission; l'exemple qu'il donne aux médecins ne doit pas être perdu: il faut avant tout se rendre digne de sa place, et ensuite ne pas craindre de s'y mettre.

« Les mêmes causes produisent le crime, le suicide et la folie; ce sont l'ambition, la cupidité, la jalousie, la débauche, l'adultère, les chagrins domestiques, les discussions d'intérêt, l'amour contrarié, le concubinage, la haine et la vengeance. Il existe, en outre, une prédisposition marquée chez les individus qui, pour une cause légère ou imaginaire, tombent dans l'aliénation mentale, et chez ceux qui, jouissant de leur liberté morale et d'une existence heureuse, commettent des crimes avec préméditation. Les tempéraments exercent une grande influence sur le genre de la folie, comme sur les différents genres de crimes. Sous le rapport des âges, le maximum des criminels, comme des aliénés et des suicides, se rencontre de 20 à 45 ans. Les femmes deviennent aliénées, suicides ou criminelles dans un âge plus avancé que les hommes, et le retour des unes à la santé, des autres au bien est plus difficile que chez ces derniers. L'instruction et l'industrie semblent, sinon développer, du moins favoriser l'aliénation mentale, le suicide et l'homicide dans un certain nombre de départements où les désirs et les besoins que fait naître la civilisation se sont développés sans être satisfaits, et peut-être par cela même qu'ils ne l'étaient pas; tandis que l'ignorance et un penchant aveugle, souvent nourri par la haine et par la vengeance, produisent dans d'autres départements plus de crimes que d'aliénations mentales, et surtout de suicides. Ces trois penchants sont plus fréquents ou plus impérieux dans certaines professions. On constate un plus grand nombre de crimes, de suicides et de cas de folie dans les trimestres d'avril et de juillet qu'aux autres époques de l'année. Le suicide n'est pas toujours en rapport, comme on le dit, avec le mauvais état des mœurs, ni avec l'affaiblissement des croyances religieuses; et, au contraire, la superstition et des habitudes religieuses plus apparentes que sincères (nous aurions ajouté, nous, mal enseignées ou mal comprises) conduisent à la folie comme au meurtre de soi ou d'autrui. Considérés sous le rapport du nombre, les suicides et les crimes contre les personnes présentent une analogie frappante. Ainsi, d'après les rapports officiels, la moyenne pour les années 1827, 1828 et 1829 était de dix-sept cent trente-trois suicides et de dix-huit cent quarante-huit criminels; pour les années 1830, 1831 et 1832, de dix-neuf cent quatre-vingt-dix-huit suicides et de dix-huit cent soixante-dix criminels; pour les années 1833, 1834 et 1835, deux mille cent dix-huit suicides et deux mille deux cent trente-deux criminels. La proportion des suicides et des criminels varie suivant les départements; dans quelques-uns elle est à peu près égale, dans d'autres, tantôt le nombre des premiers l'emporte sur celui des seconds, tantôt l'inverse a lieu. Enfin il n'est pas vrai, comme on le répète, que les habitants des campagnes soient à l'abri du suicide. Certains cantons ruraux sont en possession de fournir proportionnellement chaque année autant de morts volontaires que le département de la Seine. »

C'est ainsi, presque mot pour mot, que

M. Cazauvieilh expose la thèse qu'il va développer. Et cette thèse, il ne l'appuie pas sur une prétendue analyse du cœur humain, ou sur des observations incomplètes, ou sur des chiffres rapprochés au hasard, ou combinés avec adresse. Ses chiffres, il les prend tels qu'ils se trouvent dans les tableaux dressés annuellement au ministère de la justice et au ministère de l'intérieur. Ses observations il les a recueillies, pour ainsi dire aux deux extrémités du royaume dans les communes rurales du département des Landes et dans celles du département de l'Oise. Ce sont, non des faits exprimés sèchement, et isolés de leurs antécédents, mais bien des histoires d'individus ou même de familles entières.

Son analyse morale, c'est l'étude des prédispositions soit héréditaires, soit natives, soit acquises, des tempéraments, des âges, des sexes, de la santé habituelle, du degré d'instruction, des passions, de la moralité et de la conduite antérieure, du genre de vie et d'alimentation, des professions, des saisons, des climats, des croyances religieuses, du dégoût de la vie, du choix des instruments de mort, etc., chez les individus que le hasard l'a mis à même d'observer, ou dont ses investigations lui ont procuré l'histoire. Ce plan est large et bien conçu, mais nous ne pouvons qu'en indiquer l'ensemble; la concision même de l'auteur, concision dont nous lui ferons un reproche sérieux, ne nous permet pas d'en examiner un à un les détails. Nos lecteurs nous en voudraient cependant, et nous nous en voudrions nous-même, si nous passions sous silence certains faits généraux qui nous ont vivement frappé, et que, pour être bref, nous plaçons sans transition à la suite les uns des autres.

Il périt tous les jours en France plus de neuf individus par suicide, par homicide, ou en vertu d'un jugement.

Sur soixante suicides effectués dans le même canton (Liancourt), douze ont eu lieu chez des individus dont les ascendants ou les descendants se sont tués volontairement.

Il existe des prédispositions organiques à l'homicide et au suicide comme à l'aliénation mentale; elles se trouvent fréquemment liées entre elles.

Les recherches de M. Esquirol, faites indistinctement sur les habitants des villes et sur ceux des campagnes, ont prouvé que le maximum des aliénés et des suicides se rencontre de vingt à trente ans chez les hommes, et de trente à quarante-cinq chez les femmes. Les *comptes généraux* donnent le même résultat pour les criminels. Ainsi soixante-trois cas d'aliénation mentale ou de suicide sur cent, et soixante-onze crimes sur cent ont lieu dans ces deux périodes de la vie. Chez les paysans, sur quatre-vingt-un suicides, trente-cinq ont eu lieu de cinquante à soixante cinq ans, onze de soixante-six à quatre-vingts, quatre de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq. La plupart ont eu pour cause l'incapacité de travail et la misère qui en est la conséquence, les discussions d'intérêt, la conduite inhumaine des enfants; le nombre des femmes a été de trente, celui des hommes de cinquante-un; parmi ces derniers vingt-deux étaient veufs.

Pour apprécier l'influence de l'instruction sur le suicide, M. Cazauvieilh divise les départemens en quatre classes:

1° *Départements au-dessus de la moyenne pour l'instruction et le suicide.*—Seine, Seine-et-Oise, Oise, Seine-et-Marne, Seine Inférieure, Loiret, Aube, Yonne, Aisne, Somme, Eure, Nord, Meuse, Meurthe, Pas-de-Calais, Basses-Alpes, Charente-Inférieure, Côte d'or, Eure-et-Loir, Hautes-Alpes, Gironde, vingt-deux;

2° *Départements au-dessous de la moyenne pour l'instruction et le suicide.* — Ardèche, Ariége, Aude, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Lozère, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et Garonne, Ain, Isère, Côtes-du-Nord, Dordogne, Ille-et-Vilaine, Landes, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Vendée, Allier, Cantal, Corrèze, Creuse, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Sarthe, Haute-Vienne, trente deux;

3° *Au-dessus de la moyenne pour l'instruction, au-dessous pour le suicide.*—Ardennes, Moselle, Bas-Rhin, Drôme, Calvados, Manche, Orne, Haute Marne, Haut-Rhin, Hérault, Hautes-Pyrénées, Gard, Rhône, Doubs, Jura, Haute-Saône, Vosges, Basses-Pyrénées, Corse, Saône-et-Loire, Charente, Finistère, Vienne, Cher, Indre, Loire-Inférieure, Deux-Sèvres, vingt-sept;

4° *Au-dessous de la moyenne pour l'instruction, au-dessus pour le suicide.* — Bouches-du-Rhône, Var, Loir-et-Cher, Indre-et-Loire, Vaucluse, cinq.

Ces rapprochements, assez peu concluants par eux-mêmes, le seront encore bien moins si l'on considère que le degré d'instruction est généralement évalué par le nombre des enfants qui fréquentent les écoles, et des jeunes conscrits sachant lire et écrire. Or la supériorité de certains départements à cet égard ne remonte pas au delà de quelques années, et l'on a vu plus haut que c'est vers le milieu de la vie, et même au delà que la mort volontaire se présente le plus fréquemment.

Si l'on recherche dans chaque département le rapport des suicides aux crimes contre les personnes, et aux naissances illégitimes, on arrive à des résultats fort variés, mais qui prouvent au moins que la religion et les bonnes mœurs sont loin d'être une garantie absolue contre le meurtre de soi-même. Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur l'extrait ci-après du tableau rédigé par M. Cazauvieilh.

	1 SUICIDE sur ... HABITANTS.	1 HOMICIDE sur ... HABITANTS.	1 ENF. NAT. sur ... LÉGITIMES.
Oise	5,996	31,878	18,021
Seine	3,297	11,005	2,000
Bouches-du-Rhône	8,975	30,541	9,525
Ariége	94,782	6,026	22,916
Aveyron	97,826	10,114	21,981
Lozère	106,524	7,525	25,157
Pyrénées-Orientales	55,850	4,832	15,167
Corse	40,456	2,417	24,743

Nous le demanderons à tout esprit non prévenu : est-ce la religion qui prévient le suicide et le libertinage, là où elle est impuissante pour empêcher le meurtre? Et ici nous ne prétendons pas, non plus que M. Cazauvieilh, faire le procès aux croyances religieuses ; ce que nous voulons dire, ce que nous affirmons, parce que nous en avons été plus d'une fois témoins, c'est que les départements où elles passent pour être le mieux conservées sont précisément ceux où elles sont le plus généralement mal entendues, réduites aux pratiques extérieures, et sans influence sur la moralité des individus.

M. Cazauvieilh entre dans des détails fort intéressants sur les symptômes si variés qui accompagnent le penchant au suicide, sur la marche tantôt aiguë tantôt chronique de cette affection, sur son siége qu'il n'hésite pas à placer invariablement dans le cerveau, bien qu'il reconnaisse que cet organe n'est pas toujours le *primùm patiens*, enfin sur les lésions anatomiques qu'on observe chez les suicidés. Au nombre des altérations qu'il a eu occasion de vérifier, celles des organes digestifs se sont présentées fréquemment; cette particularité n'a pas été indiquée par les auteurs, soit qu'ils y aient attaché peu d'importance, soit qu'elle dépende du mauvais régime alimentaire des habitants de la campagne chez qui M. Cazauvieilh a recueilli la presque totalité des faits qu'il cite. Il a constaté le ramollissement cadavérique de l'estomac déjà remarqué par plusieurs auteurs chez les individus que la mort a saisis après un repas plus ou moins copieux; il rapporte à ce sujet un certain nombre d'autopsies de suicidés et d'expériences directes faites sur des lièvres et des lapins. Tantôt le ramollissement cadavérique était manifeste, tantôt il n'en existait pas de traces. On le distingue du ramollissement pathologique, parce que, dans celui-ci, la membrane muqueuse est altérée dans une plus grande étendue que la musculeuse, et que sa consistance va en diminuant à mesure qu'on approche du point où elle est complètement ramollie ou même déjà résorbée. Quand l'altération est simplement cadavérique, elle intéresse les deux membranes dans une étendue égale, et leur consistance autour du point où elle cesse brusquement est aussi grande que dans les parties éloignées. Elle occupe toujours le grand cul-de-sac; elle est séparée des aliments par une quantité de gaz d'autant plus notable qu'elle est elle-même plus prononcée.

La promptitude de son développement est en raison composée de l'élévation de la température et de la quantité d'aliments contenue dans l'estomac. Chez l'homme, six heures après la mort, elle a déjà acquis l'étendue d'une pièce de cinq francs; au bout de dix-sept heures, elle est large comme la paume de la main; elle envahit quelquefois en vingt-quatre heures la totalité du grand cul-de-sac.

Les auteurs qui ont écrit sur la mort par suspension pensent assez généralement que la bouffissure et la couleur violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente à la bouche, la coloration violette des extrémités, etc., sont une preuve que le lien a été laissé autour du cou jusqu'au refroidissement du cadavre; et ils affirment qu'il suffit d'ôter le lien immédiatement après la mort, ou même au bout de quelques heures, pour que ces phénomènes n'aient pas lieu, ou disparaissent s'ils se sont manifestés. M. Cazauvieilh combat cette opinion par des faits; il cite des cas où la couleur bleuâtre a persisté jusqu'à l'autopsie, bien que le lien eût été coupé fort peu de temps après la mort; quelquefois même la teinte est devenue plus foncée après la section du lien. Dans d'autres cas, la face et les membres sont restés pâles quoique le cadavre eût été suspendu vingt quatre heures. Ce n'est pas la durée de la suspension qui détermine ces différences; ce sont plutôt l'état de pléthore, d'embonpoint ou de maigreur du suicidé, les altérations préexistantes, la cause immédiate de la mort (congestion cérébrale, asphyxie, syncope, lésion de la moelle épinière), enfin l'impression morale éprouvée au moment de l'acte.

M. Cazauvieilh prouve également par des faits que l'existence d'un double sillon, la suspension à un point élevé, à une branche d'arbre, par exemple, fournissent tout au plus de simples présomptions d'homicide.

Chez les noyés il arrive quelquefois, ainsi

que l'avait avancé Curry, démenti plus tard par d'autres observateurs, que les cavités droites du cœur contiennent peu de sang, ou même n'en contiennent point du tout.

Après ces détails et quelques autres non moins intéressants, M. Cazauvieilh passe à l'étude de cette grave question : comment distinguer les monomaniaques homicides et les suicides des criminels? Les caractères distinctifs qu'il énumère et qu'il développe nous paraissent établis avec plus de largeur et de précision qu'ils ne l'avaient été jusqu'à présent. Et cependant nous nous abstiendrons de les enregistrer ici, parce que nous ne croyons pas qu'ils embrassent tous les cas, parce que nous ne connaissons encore aucun caractère absolu de la folie; enfin, parce que, devant les tribunaux, nous avons vu, comme notre confrère lui-même, la généralisation inconsidérée des faits et leur réduction prématurée en aphorisme fournir des arguments spécieux aux préoccupations, soit de l'accusation, soit de la défense. L'irréparable gravité des erreurs judiciaires quand elles amènent la condamnation d'un aliéné homicide, inspire à M. Cazauvieilh un juste effroi qu'il fait partager à ses lecteurs en mettant sous leurs yeux l'histoire de quelques-unes des victimes de ces erreurs. Cet effroi qui honore son caractère, et qu'il faut regretter de voir si peu répandu, lui fait désirer la suppression de la peine de mort. Il voudrait que, comme en Angleterre, les aliénés reconnus matériellement coupables de crimes capitaux fussent enfermés dans les hôpitaux d'aliénés, où on leur réserverait un quartier spécial; la séquestration serait temporaire pour les délits qui n'entraînent pas la peine de mort, sa durée serait la même que celle de la réclusion prononcée par la loi contre ces délits; enfin les homicides non aliénés seraient condamnés à *l'immobilité perpétuelle*, liés sur un banc expiatoire, nourris de pain et d'eau, privés de tout mouvement non indispensable à la vie, de toute distraction, même de travail. Ce ne serait qu'à l'âge où les forces, soit physiques, soit morales, les abandonneraient, qu'une soumission absolue, une résignation exemplaire apporteraient quelques adoucissements à leur supplice: on pourrait alors les dégager de leurs liens et leur permettre le travail. M. Cazauvieilh s'est laissé entraîner par l'horreur que lui inspire le crime; cette horreur l'a empêché de voir que *l'immobilité perpétuelle* jetterait en proie à la folie des misérables qui, de son aveu, en sont naturellement si rapprochés, et que l'abolition de la peine de mort, à de telles conditions, soulèverait une opposition plus vive et plus universelle que celle qu'elle a rencontrée jusqu'ici.

CHAMBEYRON, D.-M.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur un réducteur mécanique; par M. le docteur M. Mayor.

Notre confrère de Lausanne n'est pas aisé à analyser. Si ses appareils sont simples et courts, ses explications ne le sont pas, et il ne faut rien moins que tout le sel de sa verve spirituelle pour nous faire digérer un manche à balai que nous admirons tout en le reléguant à l'office. Aujourd hui c'est autre chose: il vient d envoyer à M. J. Guérin une petite *échelle* et une *bûche*, enveloppées dans une lettre de six pages in-4°.

En même temps que le bâton, dit-il, j'ai imaginé, pour la réduction des membres luxés, un appareil composé de deux petites pièces en bois, de deux pieds environ de longueur, portant à l'une de leurs extrémités trois ou quatre traverses longues de deux pouces environ, échelonnées les unes sur les autres à trois ou quatre pouces de distance, et placées entre deux montants pareils à ceux qui terminent les béquilles actuelles. Cette extrémité-là figure donc une petite échelle d'un pied environ de longueur, et ayant trois ou quatre échelons solides, longs à peu près de deux pouces; l'autre bout de ces machines, chez l'une, est arrondi comme un pommeau de canne, et, chez l'autre, figure un croissant semblable à celui d'une petite béquille. La pièce qui finit en pomme est destinée à s'appliquer contre la voûte axillaire, et celle qui porte un croissant, est réservée pour la région antérieure et latérale du bassin; elles sont destinées à avoir pour effet immédiat : 1° d'offrir toujours au levier ou bâton qui doit opérer les tractions un point d'appui commode et sûr par l'une de leurs extrémités et sur l'un des échelons; et 2° de retenir et repousser en même temps l'omoplate et la région iliaque antérieure par l'autre de ces extrémités.

Son réducteur consiste dans la combinaison de l'une ou de l'autre des pièces de bois précédemment décrites, avec le lien joint au bâton qui figure le levier du second genre, et dont il a déjà été question dans un travail précédent; lorsque l'une ou l'autre des pièces qui composent cet appareil sera placée, soit au fond de l'aisselle, soit sur la partie antérieure et latérale du bassin; lorsqu'une cravate pliée en nœud coulant entourera le dessus du coude et du genou; lorsque ce lien aura été fixé au levier qu'on connaît, et lorsqu'enfin le bout de ce levier aura été placé sur l'un des échelons, il suffira de presser sur l'extrémité libre de ce bâton, pour produire et varier à l'instant même tous les effets qu'on peut attendre d'un moyen aussi énergique.

Il y a ici une objection à faire, et M. Mayor ne manque pas de la prévenir; elle lui donnera l'occasion de se faire à lui-même une contre-révolution. L'échelle ne se trouvera pas sous la main précisément au moment où l'on pourra en avoir un besoin pressant,

à moins donc que le chirurgien ne marche comme le couvreur, son échelle attachée à à son dos ; à la vérité cet instrument n'est pas long à préparer, et il n'est guère de luxation qu'on ne puisse tarder de deux ou trois heures à réduire ; mais le chirurgien de Lausanne a bientôt déshérité et le manche à balai avec son escorte encombrante de lacs et de bras, et l'échelle infidèle à l'appel ; il descend à la cave et en rapporte une bûche; car une bûche, dit-il, est et sera toujours le meilleur de tous les moyens propres à constituer un réducteur de premier ordre, et il lui donne hautement la préférence sur son réducteur modèle. Cette bûche aura deux pieds environ de longueur; on l'arrondira par un bout, s'il s'agit de la luxation du bras, et on la rendra légèrement concave, si l'on a affaire à une luxation de la cuisse; l'autre bout sera creusé ou sillonné, de manière à recevoir l'extrémité du levier, et on l'ajustera de telle sorte qu'il puisse entrer et se fixer solidement dans cette partie du morceau de bois et y prendre un appui convenable et ferme ; tout alors se passera comme avec le réducteur modèle. Il rappelle seulement qu'il importe de placer entre le bois et les téguments une couche de coton, de laine, ou de linges souples.

Dans la bûche modèle qu'il a envoyée à M. J. Guérin, le chirurgien de Lausanne a formulé les points d'appui au moyen d'entailles *grossières*, pratiquées *à coups de hache* sur la bûche, en les établissant les unes au dessus des autres, comme dans la crémaillère, afin d'imiter les traverses du réducteur primitif, et d'avoir, au besoin, la facilité de mobiliser le siége du point d'appui.

Après une longue digression, l'auteur en revient à son réducteur modèle, dont il expose le brillant début dans l'observation suivante :

On lui amène un vigneron affecté d'une luxation de l'humérus datant de trois mois ; la tête siégeait au dessous de la clavicule. Voici comment M. Mayor procéda à la réduction : l'extrémité arrondie du réducteur modèle ayant été convenablement garnie d'étoupe il la poussa au fond de l'aisselle; son fils (chirurgien simplificateur comme lui) ajusta le lien sus-olécrânien au bas du levier, et celui-ci sur l'un des petits échelons. M. Mayor fléchit alors le bras sur les côtes et l'avant-bras sur le bras ; puis il fit agir le réducteur avec une force lentement et graduellement croissante, en portant le levier successivement, quoique très lentement, sur les trois derniers échelons, et en exécutant quelques mouvements latéraux et de rotation. La tête de l'humérus s'ébranla légèrement et fut sensiblement ramenée au niveau de sa cavité ; mais il ne put la faire glisser à sa place, et s'aperçut alors qu'il avait oublié un point préliminaire très-important, celui de produire une *luxation complète* de la pointure bâtarde et de nouvelle création qui s'était formée autour de cette tête. Il fit tourner plus fortement l'os sur son axe de dedans en dehors ; il entendit distinctement des déchirements de tissus assez résistants; la tête fit quelques progrès, mais ne rentra point complètement dans sa cavité naturelle ; alors M. Mayor vit qu'il fallait au réducteur mécanique substituer un réducteur intelligent; il saisit le coude de la main droite, le poussa en dedans et au devant de la poitrine, et presque vis-à-vis de la clavicule opposée, tout en ramenant fortement en dehors la tête de l'humérus avec la main gauche. Il entendit le déchirement des brides cellulenses, et vit la tête s'acheminer lentement et toujours forcément vers sa place naturelle, à mesure seulement qu'il la poussait en dehors par des saccades réitérées, et l'os luxé finit par reprendre très-exactement sa place naturelle. Il termina par l'application de son appareil pour les fractures de la clavicule, afin d'avoir une écharpe et de maintenir le coude fixé en avant et sur le thorax ; la réduction ne fut, du reste, ni longue ni bien douloureuse, et n'eut aucun effet secondaire fâcheux.

M. Mayor rappelle, en terminant, qu'il fait *étendre sur un lit* l'individu auquel il va réduire une luxation du bras, et qu'il met par terre sur un matelas dans la position mi-fléchie du dos sur les cuisses, autrement *fait asseoir* celui qui présente une luxation du fémur.

Sur l'emploi du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermittentes ; par M le docteur Michel Lévy.

A Paris, où les fièvres intermittentes sont traitées dès le début par le sulfate de quinine, les engorgements de la rate et du foie, et par suite l'ascite consécutive, s'observent rarement. Il n'en est point de même dans les pays où les fièvres sont endémiques ; il semble qu'on s'y apprivoise avec un mal qui n'offre pas de danger immédiat bien pressant ; on attend à peine qu'on soit guéri pour retourner s'exposer aux influences qui l'ont déjà produit ; et c'est ainsi qu'après plusieurs groupes d'accès d'une maladie essentielle, on tombe dans une affection organique plus sérieuse. Les ennemis du quinquina et des toniques n'avaient pas manqué de jeter, il y a deux siècles, les obstructions viscérales consécutives aux fièvres sur le compte de l'écorce du Pérou, et, de nos jours, l'école physiologique n'a eu garde de ne pas répéter ces objections.

L'auteur a eu souvent à traiter ces hydropisies sur des militaires ; il a employé les toniques, les amers, les diurétiques, etc., sans succès dans ces ascites, comme dans les autres. Lorsqu'il avait affaire aux engorgements spléniques, sources de ces hydropisies, il réussissait souvent à les dissiper au moyen des ventouses scarifiées, combinées avec l'usage

persévérant du sulfate de quinine. Il s'est imaginé d'appliquer aussi cette méthode thérapeutique à deux soldats entrés pour anasarque confirmée à la suite de fièvres intermittentes; chez le premier, où l'infiltration des membres et la collection naissante du péritoine étaient de fraîche date et compliquaient une fièvre quotidienne datant de trois jours, l'effet fut prompt. La fièvre prit le caractère continu; mais, sous l'influence des ventouses et du sulfate de quinine, la résorption s'opéra en dix-neuf jours; la rate était en même temps le siége de douleurs aiguës, qui ont abouti à une diminution considérable de son volume; chez l'autre malade, la rate n'a pas diminué bien sensiblement de volume mais l'épanchement péritonéal n'en a pas moins été résorbé. Ces deux résultats inattendus encourageront sans doute les praticiens à faire usage de cette méthode dans les engorgements spléniques et hépatiques compliqués ou non d'hydropisie.

Expériences cliniques sur le sulfate de zinc considéré comme agent vomitif; par A. Toulmouche, D.-M.

Ce serait une étude curieuse et pour la littérature et pour la pratique médicales, qu'une revue rétrospective sur les agents qui ont tour à tour été employés comme vomitifs depuis la première application de la médication vomitive jusqu'à nos jours. Les médecins qui recommencent à oser employer le tartre stibié et l'ipécacuanha ne donnent pas indifféremment l'un pour l'autre, et savent fort bien que s'ils aboutissent à la même fin, ce n'est ni par les mêmes moyens ni avec les mêmes effets généraux sur l'économie. Avant la découverte de ces deux vigoureux agents thérapeutiques, on faisait aussi vomir, et vomir plus souvent que de nos jours. Il est donc bien permis de se demander si l'on a eu raison de répudier à tout jamais cette longue série de médicaments vomitifs, et si le tartre stibié et l'ipécacuanha nous représentent bien sous leurs formes diverses toutes les nuances d'une médication de vingt siècles.

Voilà, ce nous semble, quelle devrait être la direction d'esprit qui guiderait les recherches de ceux qui veulent exhumer de l'oubli de vieux moyens toujours regrettés par les manuels de thérapeutique. Tel n'a pas été tout-à-fait le but de M. Toulmouche, et nous le regrettons. Ce praticien, déjà connu par quelques travaux utiles, particulièrement sur le chlore dans le catarrhe pulmonaire, ce praticien annonce en tête de son mémoire que son but est de nous faire connaître à quelles doses le sulfate de zinc peut être administré avec sûreté pour produire l'effet vomitif, et il nous promet un autre travail pareil sur le sulfate de cuivre. A quoi bon se mettre en frais pour nous dire qu'il existe d'autres vomitifs que le tartre stibié et l'ipécacuanha, si l'on ne fait pas ressortir les avantages ou les inconvénients d'une substitution des premiers aux derniers? Nous pensons donc que l'auteur complèterait avantageusement ses mémoires sur les vomitifs minéraux, en nous mettant en regard dans un dernier travail, outre leurs propriétés physiologiques, leur influence comparative sur tel ou tel symptôme, tel ou tel groupe de symptômes.

Les expériences de M. Toulmouche sont au nombre de quatre-vingt-trois; les malades auxquels il a administré le sulfate de zinc étaient atteints la plupart d'embarras gastrique, un plus petit nombre de grippe, de bronchite, de bronchorrée, de diarrhée, de fièvre tierce, de pleurodynie. Dans quatre ou cinq cas, il l'a donné à des individus qui n'avaient aucune maladie. Il a soin de nous avertir qu'il ne permettait nullement de donner de l'eau chaude pour aider les vomissements, afin de ne pouvoir attribuer ces derniers à l'ingestion de ce liquide. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que le sulfate de zinc à la dose de dix centigrammes ne produit presque jamais l'effet vomitif;

2° Qu'à celle de vingt, il provoque, dans un peu plus de la moitié des cas, des vomissements au nombre d'un ou deux, et dans les deux tiers, des selles liquides;

3° Qu'à celle de trente, il fait presque constamment vomir et ne purge que dans la moitié des cas;

4° Qu'à celle de quarante, il détermine dans les quatre cinquièmes des cas la médication vomitive, et dans le cinquième seulement, celle purgative;

5° Qu'à la dose de cinquante centigrammes, le même sel provoque, dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dans un peu plus de la moitié seulement, celui purgatif.

6° Qu'à soixante centigrammes, il détermine toujours des vomissements;

7° Qu'à celle de soixante-quinze, il ne les provoque que dans le tiers des cas, tandis qu'il provoque des évacuations alvines dans les deux tiers;

8° Enfin, que, dans un peu plus du tiers des cas, cet agent thérapeutique a produit des coliques en général peu fortes.

M. Orfila, dans son *Traité des poisons*, à l'article *empoisonnement par l'opium*, prescrit, pour favoriser l'expulsion de ce dernier de l'estomac, le sulfate de zinc comme vomitif, à la dose de soixante-quinze à cent cinq centigrammes. Il regarde ce sel comme un des poisons les moins propres à enflammer l'estomac, parce qu'il est constamment rejeté. Des médecins anglais en ont porté la dose en pareil cas jusqu'à quatre grammes.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Du moyen de reconnaître les préparations cuivreuses solubles contenues dans le corps humain après l'empoisonnement, et de les distinguer du cuivre existant naturellement chez l'homme.

Voici le résultat des expériences nombreuses auxquelles s'est livré M. Orfila :

1° L'acétate et le sulfate de cuivre introduits dans l'estomac ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivants sont absorbés et portés dans tous les organes de l'économie animale.

2° Il en est probablement de même pour l'homme.

3° Il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer le cuivre métallique de la portion de ces sels cuivreux qui a été absorbée.

4° Il devient indispensable de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé ces poisons dans le canal digestif, ou sur les autres parties sur lesquelles ils avaient été immédiatement appliqués, ou dans les matières des vomissements ; car, en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à rechercher les sels cuivreux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas les découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

5° Un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant par le seul fait que, *dans le cas indiqué*, on aura omis de rechercher les sels cuivreux dans les parties où ils existent après avoir été absorbés.

6° Indépendamment de la portion des sels cuivreux absorbée pendant la vie, et qui se trouve inégalement disséminée dans tous les tissus, plusieurs de nos organes, et notamment les viscères abdominaux, si les sels ont été introduits dans le canal digestif, contiennent encore, surtout à la partie de leur surface qui était en contact avec ce canal, la portion de ces sels qui est arrivée jusqu'à eux par suite de l'imbibition cadavérique, et dont la quantité varie suivant l'époque à laquelle les cadavres ont été ouverts. Dès lors le cuivre retiré, en dernier résultat, de ces organes provient à la fois et du sel qui avait été absorbé et de celui qui avait traversé les tissus après la mort.

7° L'imbibition est un phénomène qui n'appartient pas à l'intoxication cuivreuse, puisqu'on l'observe dans *tous les empoisonnements* où la substance vénéneuse incomplètement absorbée pendant la vie séjourne sur nos tissus après la mort, pourvu que cette substance soit dissoute, ou susceptible de se dissoudre dans le liquide qui la touche.

8° Il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer si les sels de cuivre et les autres poisons retirés des viscères, dans les recherches médico-légales, ont été introduits dans l'économie animale *pendant la vie* ou *après la mort*, soit en ayant égard aux symptômes qui ont précédé celle-ci, et aux lésions de tissus qui ont été constatées à l'ouverture des cadavres, soit à l'aide d'expériences chimiques tentées sur tel organe éloigné du canal digestif plutôt que sur tel autre qui l'avoisine, ou sur telle partie d'un même viscère plutôt que sur telle autre. A la vérité, dans quelques cas fort rares, comme après une inhumation prolongée, et lorsqu'il ne resterait plus que des *détritus* des viscères, le problème dont il s'agit pourrait être moins facile à résoudre, si les renseignements recueillis par les magistrats ne venaient éclairer l'expertise en établissant *positivement* que le poison n'a pas été introduit dans le canal digestif après la mort.

9° On peut déceler les sels cuivreux absorbés qui ont déterminé l'empoisonnement, en faisant bouillir pendant une heure avec de l'eau distillée les divers viscères ou les chairs, en desséchant le décoctum filtré et en le carbonisant par l'acide azotique, ou en le décomposant par l'azotate de potasse.

10° Si, à l'aide de l'eau bouillante, on ne dissout pas, même au bout de six heures, la totalité du sel cuivreux absorbé, on en extrait du moins assez pour mettre son existence hors de doute.

11° L'eau distillée, après une heure d'ébullition, *ne dissout aucune trace de cuivre normal* contenu dans nos tissus ; celui-ci ne peut être séparé en partie que par les acides concentrés et en totalité par l'incinération, en sorte que l'expert devra conclure qu'une préparation cuivreuse a réellement été ingérée pendant la vie, soit comme poison, soit comme médicament, s'il obtient du cuivre d'un *décoctum* aqueux préparé, en faisant bouillir pendant une heure avec de l'eau distillée les viscères ou les muscles d'un individu que l'on soupçonne être mort empoisonné, à moins qu'il ne soit *prouvé* que cette préparation cuivreuse est arrivée dans nos organes par suite d'une imbibition cadavérique.

12° Il est préférable de soumettre à l'ébullition aqueuse d'abord les viscères éloignés du canal digestif, puis les portions des organes abdominaux qui n'ont pas été touchées par ce canal, et d'agir ensuite sur les portions qui ont eu le contact de l'estomac et des intestins. En opérant ainsi, on est certain de retirer constamment une plus grande quantité de poison de ces dernières, et de recueillir des renseignements propres à faciliter la solution des questions que l'on pouvait être tenté de soulever à l'occasion de l'imbibition.

13° Si les recherches médico-légales, au lieu de porter sur les organes, avaient pour objet les matières alimentaires ou excrémentitielles contenues dans le canal digestif ou les liquides vomis, il faudrait faire bouillir ces matières pendant une heure avec de l'eau distillée, filtrer la liqueur, la dessécher, et la décomposer par l'acide azotique pur ou par l'azotate de potasse exempt de cuivre. La présence de ce métal dans le produit de la décomposition permettrait d'*affirmer* qu'une préparation cuivreuse a été prise comme poison ou comme médicament, à moins que le poison n'eût été injecté dans le canal digestif après la mort. Quoique les sels cuivreux, intimement combinés avec des matières organiques, ne se dissolvent qu'en petite quantité dans l'eau bouillante, la dissolution contient cependant assez de métal pour qu'une lame de fer puisse l'extraire.

14° Si, après avoir traité ces matières alimentaires ou excrémentitielles par l'eau bouillante, on n'avait pas trouvé de cuivre, on aurait tort de les soumettre à l'action des acides concentrés ou à l'incinération, dans l'espoir de découvrir le cuivre qui aurait pu empoisonner, parce que, en supposant même que l'on en obtînt, on ne pourrait pas conclure que ce métal provient d'un sel cuivreux ingéré comme médicament ou comme poison, attendu que plusieurs substances alimentaires contiennent du cuivre *normal* susceptible d'être

décelé par les acides forts, et surtout par l'incinération. Mieux vaudrait alors renoncer à la recherche du cuivre dans ces matières alimentaires, et soumettre à l'action de l'eau bouillante le canal digestif, le foie, la rate, les reins, etc.

15° Tout en admettant, avec M. Devergie, que la proportion de cuivre normal contenu dans les intestins de l'homme et de la femme adultes ne dépasse pas quarante-six milligrammes, M. Orfila ne saurait adopter avec lui qu'il y ait une certaine importance médico-légale à tenir compte de cette proportion pour décider, à l'aide de l'incinération, si le cuivre obtenu est ou non le cuivre normal, parce que, comme il le dit lui-même, les quantités de cuivre normal trouvées dans le *petit nombre d'expériences* qu'il a faites sont trop variables pour que l'on puisse considérer le chiffre comme exact, et surtout parce qu'il peut arriver tous les jours qu'à la suite d'un empoisonnement par un sel cuivreux, il reste assez peu de ce sel dans les intestins pour qu'en réunissant le poids du cuivre qu'il fournit à celui qui existe naturellement dans ces viscères, on n'obtienne que quarante ou cinquante milligrammes. On pourrait tout au plus avoir égard à la proportion du cuivre que donne l'incinération, quand cette proportion *dépassera de beaucoup* celle que des expériences ultérieures et plus multipliées auront indiquée comme étant réellement le *maximum* du cuivre normal. Mais, dans ce cas, il est infiniment préférable de recourir au moyen que propose M. Orfila, parce qu'il fournit les résultats nets et précis qu'il rappelle en terminant : *Le cuivre d'empoisonnement peut être extrait en partie des organes que l'on fait bouillir dans l'eau pendant une heure, tandis qu'on ne retire pas un atome de cuivre normal par ce procédé.*

Nouveau procédé opératoire pour la chute du rectum, par M. Robert.

Une blanchisseuse, âgée de trente-trois ans, avait une chute de rectum tellement incommode qu'elle laissait écouler involontairement ses matières fécales : elle ressentait également des douleurs dans les lombes et dans le haut des cuisses; aussi se détermina-t-elle à entrer à la Pitié.

M. Robert pratiqua de chaque côté de l'anus (qui pouvait alors facilement admettre quatre doigts de la main, tant le sphincter était relâché) une incision qui partait du milieu de l'ouverture et à plusieurs millimètres d'elle, et se dirigeait en arrière jusqu'à la pointe du coccyx. Le lambeau de peau compris entre les deux incisions fut enlevé, y compris la portion de sphincter qu'elle recouvrait; la moitié de la longueur du muscle se trouvait ainsi retranchée. La plaie fut réunie d'un côté à l'autre par trois points de suture enchevillée.

Au bout de quarante-un jours, la malade était guérie; il n'y avait plus de chute; l'ouverture avait repris le diamètre normal : seulement le doigt qu'on y introduisait n'éprouvait pas ce pincement énergique du sphincter dans l'état physiologique.

(Séance du 23 juin.)

Luxation congéniale de l'humérus réduite au bout de seize ans, par M. Gaillard, chirurgien à l'hôpital de Poitiers.

Une jeune fille avait, au dire de ses parents, l'épaule difforme au moment de sa naissance. Pendant son enfance, la difformité persista, les mouvements étaient gênés; ceux de supination et de flexion de la main sur l'avant-bras ne s'exécutaient que très-difficilement. Lorsque M. Gaillard vit cette jeune fille, voici l'état dans lequel il trouva l'épaule : cette articulation était grandement déformée; la tête était saillante dans la fosse sous-épineuse, où il était facile de la sentir; la tête de l'omoplate sur laquelle elle appuyait offrait une courbure anormale; la tête était mobile, et dans ses mouvements frottait contre une surface cartilagineuse; la clavicule était courbée; la voûte acromio-coracoïdienne très-peu prononcée; le deltoïde aminci et déprimé. Le bras pouvait, par des tractions modérées, s'allonger de quarante millimètres; la main est dans la pronation; les mouvements de rotation sont impossibles.

M. Gaillard tenta la réduction de la manière suivante : la malade était assise sur un tabouret, un coussin placé et maintenu dans l'aisselle par le lacs contre-extensif; le lacs extensif fut placé à la partie inférieure du bras posé horizontalement, l'extension dirigée dans le même sens et faite par un poids de cent à peu près. Ces manœuvres déplacèrent un peu la tête de l'humérus. Après avoir fait quatre ou cinq tentatives diverses, M. Gaillard sentit la tête de l'humérus se déplacer un peu plus que précédemment. A ce moment il saisit fortement le bras, qu'il abaissa d'une main, pendant que l'autre relevait la tête. Pendant l'exécution de ce mouvement, la tête franchit brusquement et avec bruit un obstacle. En examinant l'épaule, il reconnut la tête sous l'acromion, le deltoïde soulevé, et il nota un allongement très-marqué de plus d'un centimetre; les mouvements communiqués au membre étaient plus étendus et moins douloureux; la faiblesse des muscles, qui étaient atrophiés, ne permettait point à la jeune malade d'en exécuter elle-même de fort étendus. Le jour même, la luxation, qui avait été mal maintenue, se reproduisit.

On réduisit de la même manière et à plusieurs reprises, parce que la luxation ne pouvait être contenue; enfin on se décida à employer un bandage inamovible, et la guérison s'effectua.

Deux ans après la réduction, les mouvements étaient en grande partie rétablis, mais encore un peu douloureux lorsqu'ils étaient prolongés.

Conclusion. — Remercîments à l'auteur; envoyer son mémoire au comité de publication; l'inscrire honorablement sur la liste des correspondants.

(Adopté.)

(Séance du 30 juin.)

Recherches sur le principe vital et sur son mode d'action dans les être organisées.

M. Virey lit sous ce titre un rapport sur un mémoire de M. le docteur Picard. La vie pour M. Picard est un principe, une force impondérable qu'il appelle la chaleur, le feu, l'âme du monde. Ce feu serait essentiellement composé d'atomes impalpables, impérissables, ne possédant aucune des qualités physiques, et ne pouvant par conséquent se révéler aux sens. Ils n'accusent leur existence que par leur incorporation avec la matière. Ici vient l'explication du mode d'action de ce principe sur les êtres organisés; les atomes se partagent par groupes, dont chacun se divise lui-même en diverses séries harmoniques, qui vont, s'emparant de la matière, en faire des êtres organisés. La même matière de plus en plus travaillée par des séries harmoniques de plus en plus nombreuses, passe ainsi des derniers aux premiers échelons des êtres organisés.

Conclusion.—Déposer aux archives le mémoire comme contenant des vues ingénieuses ; remercîments à l'auteur.

Recherches expérimentales et inédites sur l'hypérémie, par M. Dubois.

Ce qu'on entend par système capillaire est loin de présenter une uniformité constante, et dans tous les organes et dans toutes les différentes parties d'un même organe. Le microscope montre deux groupes de caractères tellement tranchés qu'ils doivent nécessairement entraîner une division fondamentale de ce système. Ces caractères sont assez nombreux, mais les plus caractérisques sont au nombre de trois pour chaque groupe. Ils suffisent à eux seuls pour faire distinguer chacun des groupes : 1° l'existence des parois distinctes; 2° la direction à peu près rectiligne des vaisseaux; 3° l'abouchement direct des canaux artériels et veineux appartiennent au même groupe. Dans le second, plus de parois distinctes, plus de direction principale, point d'abouchement direct.

Un problème qui a occupé et qui occupe encore ces anatomistes est la détermination du lieu où l'artère se change en veine. Quand on observe la circulation d'une trame organique, au sein de laquelle le sang passe sans temps d'arrêt de la direction périphérique au mouvement contraire, le capillaire artériel se reconnaît aux caractères suivants : il est plus petit, plus transparent; le courant est excentrique et plus rapide ; son calibre va toujours diminuant, puis tout-à-coup commence à grossir. Alors le capillaire artériel devient veineux, sa paroi est plus mince, son courant court vers le centre, est moins rapide. Ce passage de l'artère à la veine se fait souvent par arcade assez volumineuse.

Si l'œil, aidé du microscope, peut quelquefois saisir ce passage, il lui est souvent impossible, à quelque grossissement qu'il opère, de le soupçonner. Alors il voit, au milieu de la trame organique, un riche réseau capillaire formé par les anastomoses mille fois répétées de courans sanguins sans direction arrêtée. Là, encore, l'artère, à son entrée, et la veine, à sa sortie du réseau, offrent chacune des caractères qui permettent de les reconnaître. Arrivée au voisinage du réseau, l'artère prend une distribution dendritique et ses mille rameaux vont se jeter dans les mille courants du réseau vasculaire. A partir de sa terminaison dendritique, l'artère, perdant tous ses attributs, ne peut être reconnue. A son émergence du réseau, le capillaire est veineux ; sa forme n'est plus cylindrique ; sa distribution est bien différente de celle que nous venons d'assigner à l'artère ; et enfin sa circulation est centripète et s'éloigne du réseau.

Celle-ci ne participe ni des caractères du capillaire artériel, ni de ceux du capillaire veineux. Les espèces de vaisseaux qu'il renferme n'ont ni forme, ni direction, ni mode d'anastomoses déterminées. Tout en eux paraît irrégulier et comme fait par le hasard. Les courants sanguins, sans direction, se faisant en tous sens, ne sont plus limités par des parois distinctes ; deux lignes ombrées, sans saillie antérieure, indiquent leur trajet. Leur diamètre ne reçoit qu'un globule à la fois porté dans une couche de sérum. En se croisant, ces vaisseaux incomplets laissent entre eux des aréoles, les mailles des aréoles, formées de substance animale tout-à-fait indépendante d'eux. Ces îlots de matière animale, de mucus, sont de forme quadrilatère, irrégulière et d'étendue variable. Quoique la direction des courants considérés partiellement n'ait rien de fixe, rien de constant, cependant le résultat définitif du mouvement désordonné du liquide est de l'entraîner des artères aux veines. La rentrée des courants à globules uniques des réseaux dans les capillaires veineux, ayant à leur origine un courant d'au moins deux globules de front, offre quelques particularités que Haller avait déjà notées. Quand le courant du réseau vient se jeter à angle droit dans le courant de la veine, le globule s'arrête d'abord comme repoussé, et ce n'est que peu à peu, par une série d'oscillations, qu'il peut rentrer au sein de la grande circulation.

Ce mémoire est envoyé au comité de publication.

Observation de plaie de l'artère axillaire.

Un jeune homme reçut, à neuf heures du soir, un coup de couteau dans le creux axillaire; la plaie était large; une abondante quantité de sang s'en écoula et affaiblit considérablement le blessé. Transporté à Beaujon, il fut pansé par l'élève de garde qui comprima fortement la plaie : le sang ne venant pas, on attendit au lendemain. A sa visite, M. Laugier tenta la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie ; mais les recherches que fit ce chirurgien amenèrent une si grande quantité de sang qu'il fut obligé d'aller lier l'artère au-dessous de la clavicule, par le procédé ordinaire. Cette ligature resta insuffisante et M. Laugier fut obligé, pour parer à l'hémorrhagie, de lier le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère.

Le sujet périt au bout de trente-six heures : à l'autopsie on trouva que la plaie de l'artère avait plus de deux centimètres de long, et avait entamé les trois quarts de la circonférence du vaisseau.

Testicule cancéreux sur un enfant de deux ans.

M. Guersent fils montre à l'Académie une tumeur qu'il a enlevée, le 27 juin, à un enfant de deux ans. Ce petit malade la portait dans le scrotum depuis trois mois seulement. Elle est de nature encéphaloïde et développée au centre même de l'organe ; son volume est celui d'un œuf de poule. A partir du moment d'où elle fut reconnue jusqu'à trois semaines avant l'opération, son volume était celui d'une petite noisette. Depuis elle s'est rapidement accrue. Il est à remarquer que le grand-père de cet enfant est mort avec deux sarcocèles ; le père et la mère ne portent aucune trace d'affection cancéreuse.

(Séance extraordinaire du 4 juillet.)

Mémoire sur l'emploi de l'émétique à haute dose dans les hydropisies articulaires ; par M. Gimelle.

Vingt-huit malades atteints de différentes variétés d'hydarthroses ont été soumis à l'emploi de l'émétique à haute dose. La première dose était de vingt centigrammes dans les vingt-quatre heures. On l'augmentait tous les jours pour la porter à quatre-vingts, quatre-vingt-dix ou cent centigrammes. La guérison ne s'est pas fait attendre en général plus de huit à seize jours, et s'est maintenue parfaite long-temps après la cessation du médicament. Voici les principaux symptômes observés sur ses malades par M. Gimelle, pendant la durée de cette médiation : le pouls prenait de la fréquence et perdait de sa force ; les yeux s'entouraient d'une auréole bleuâtre, la voix s'affaiblissait, perte de force musculaire. Pendant la la nuit, transpirations abondantes. Cinq malades ont éprouvé des vomissements; huit ont été pris de dévoiement ; trois ont été pris en même temps de

vomissements et de diarrhée; seize n'ont été sujets ni à l'un ni à l'autre. La quantité des urines était généralement diminuée, ce que M. Gimelle attribue à l'abondance des sueurs, L'appétit a été conservé pendant la durée du traitement; quelquefois même il augmentait.

Injections intrà-utérines; par M. Vidal (de Cassis), chirurgien de Lourcine.

M. Vidal s'est proposé, dans ce travail, de démontrer l'innocuité des injections intrà-utérines pratiquées avec les précautions convenables.

L'appareil nécessaire se compose d'un spéculum ordinaire, d'une seringue à injections urétrhales, d'un tube en argent, droit, plus long et moins volumineux qu'une sonde ordinaire de femme, et qui se termine par une petite boule percée en arrosoir. Le liquide est, ou une décoction concentrée de feuilles de noyer, ou l'iode dans les proportions suivantes :

Iodure de potassium.....	0, gram.	05
Iode.....	0,	05
Eau.....	30,	00

Le speculum mis en place, le tube droit est introduit à travers le col jusque dans la cavité utérine; puis le liquide poussé avec la force employée pour une injection dans l'oreille. La capacité utérine étant très petite, le liquide l'a bientôt remplie, et sort entre la canule et les parois du col.

M. Vidal prie l'Académie de fixer son attention sur les quatre circonstances suivantes : 1° la petite quantité de liquide employée; 2° le petit diamètre de la canule; 3° le peu de force avec laquelle l'injection est poussée; 4° le retour toujours facile du liquide par le col.

(Séance du 7 juillet.)

Spasme de l'urèthre et changements éprouvés par les calculs dans la vessie; par M. Leroy d'Étiolles.

Relativement aux changements qu'éprouvent dans la vessie les calculs, lorsque les malades sont soumis à l'usage des eaux minérales alcalines, M. Leroy dit que ces calculs tantôt se chargent d'urate de chaux, tantôt de carbonate de chaux, tantôt d'urate de soude et de chaux. On espère en général, par les eaux minérales alcalines, obtenir la dissolution des calculs par la formation d'urates alcalins. Or, M. Leroy a trouvé deux fois des calculs d'urate de soude tellement durs qu'ils étaient réfractaires à l'action des instruments de lithotritie.

Luxation du pied, par M. Thierry fils.

M. Thierry présente un homme âgé de 29 ans, de bonne constitution, qui dans une chute sur les pieds, de deux mètres de hauteur, se luxa complétement le pied droit en dedans, sans fracture des malléoles.

La malléole externe sortait à travers une plaie des téguments, faite sans doute par cet os lui-même. Les tentatives de réduction ayant échoué, on débrida la plaie du côté externe de l'articulation, puis on incisa toutes les parties fibreuses que le doigt porté au fond de la plaie put reconnaître; cela fait, la réduction put être assez facilement obtenue. Un bandage ordinaire des fractures de la jambe, des lotions froides pendant les premiers temps constituèrent tout le traitement. Pendant près de huit mois, des collections purulentes se montrèrent successivement autour de l'articulation et donnèrent souvent issue à des fragments d'os, débris de l'astragale. Des esquilles ont continué à sortir jusqu'en 1839. L'appareil de la jambe dut être laissé en place pendant neuf mois. Aujourd'hui la cicatrisation des plaies est parfaite, mais l'article est immobile.

Plaie du tronc veineux brachio-céphalique gauche; hémorrhagie; mort, par M. Thierry fils.

Le 11 juin 1840, M. Thierry fut mandé en toute hâte pour arrêter une hémorrhagie. Il trouva le docteur Carpentier, la main appuyée sur une plaie profonde que portait au cou un homme de 45 ans, et qui lui avait été faite pour l'extirpation d'une tumeur, entreprise par un officier de santé, son médecin ordinaire. Ce dernier, après avoir extirpé en partie la tumeur qui, au dire du malade, semblait être un kyste plein de liquide comme sirupeux, voulut détacher des parties profondes la paroi postérieure; mais au premier coup de bistouri un flot de sang l'arrêta; troublé et ne pouvant se rendre maître de l'hémorrhagie, il envoya quérir à son aide le docteur Carpentier. Les artères thyroïdiennes et la veine jugulaire interne parurent être à M. Thierry les vaisseaux ouverts. Pendant que le docteur Carpentier comprimait le fond de la plaie, M. Thierry lia quatre bouches artérielles peu volumineuses. Le sang continuant à couler, M. Thierry crut que c'était la jugulaire interne; il saisit cette veine avec une pince à torsion et passa sur ce vaisseau une ligature.

L'hémorrhagie s'arrêta, mais le malade succomba au bout de quelques jours.

A l'autopsie on reconnut que la ligature avait porté sur le tronc veineux brachio-céphalique gauche, et n'avait compris que les bords de l'ouverture faite à la veine. Le calibre de celle-ci était conservé, et le cours du sang avait pu continuer après la ligature. La cavité de la veine était pleine de sang couleur lie de vin et comme purulent.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 1er juin 1840.)

Observations sur les organes sexuels de divers mollusques et zoophytes, extraites d'une lettre adressée à M. Audoin, par M. Milne Edwards et datée de Montpellier, le 24 mai 1840.

L'auteur, qui fait déjà depuis long-temps des recherches sur les organes générateurs des mollusques et des zoophytes, poursuit maintenant ces études à Montpellier sur les bords de la Méditerranée, de concert avec M. le docteur Lallemand, qui, à l'occasion de ses belles observations pathologiques sur les pertes séminales, a été conduit de bonne heure à s'occuper de l'examen microscopique des animalcules spermatiques. Malgré les observations intéressantes du docteur Prévost sur les anodontes, on considère généralement les mollusques acéphales comme étant hermaphrodites, ou plutôt comme étant doués d'un seul organe sexuel, l'ovaire. Cependant, en examinant au microscope le liquide contenu dans l'appareil générateur du mollusque le plus commun sur les bords de la mer, le *venus virginea* (*clovisse*), près de Montpellier, on reconnaît qu'il existe des individus mâles et d'autres individus femelles; car chez les uns, toutes les parties de cet appareil sont remplies d'œufs caractérisés par la présence d'un vitellus, d'une vésicule de Purkinje, etc., tandis que chez les autres l'appareil, en apparence semblable au premier, ne contient que des zoospermes, ayant une apparence pyriforme et une queue très-longue et très-grêle. Il n'en faudrait cependant pas con-

clure que tous les bivalves ont les deux sexes séparés ; car chez le *peigne glabre* chaque individu est pourvu en même temps d'un ovaire et d'un testicule. L'ovaire des *pectens* est logé en arrière et au-dessous du testicule, dont on le distingue et par sa couleur, et par ses œufs ; le testicule communique au dehors par deux pores situés vers l'extrémité du sillon du pied, et renferme un liquide laiteux, qui fourmille de zoospermes d'une petitesse extrême.

Les *patelles* ont, de même que les vénus, des organes mâles et femelles, portés sur des individus différents. La ressemblance entre les deux appareils sexuels y est très-remarquable, mais elle l'est encore plus chez les *méduses*. M. Milne Edwards et M. Lallemand ont constaté chez un grand nombre d'individus du *medusa aurita*, que les quatre organes de couleur violette, situés à l'entour de l'estomac, et considérés généralement comme étant des ovaires, constituent effectivement chez les uns un appareil femelle, et chez les autres un appareil mâle, sans offrir à l'extérieur aucune différence appréciable ; chez les deux sexes ces organes sont remplis de corps oviformes ; seulement chez les uns ces corps sont réellement des œufs, tandis que chez les autres ce sont des vésicules remplies de zoospermes qui, devenus libres, se meuvent avec une grande vivacité, et se terminent, comme d'ordinaire, par une longue queue.

Expéditions scientifiques ; suite du rapport trimestriel sur les travaux de la commission exploratives et scientifique de l'Algérie ; par M. Bory de Saint-Vincent.

Nous n'extrayons de ce travail que ce qui concerne l'hygiène ou la médecine.... On remarque que les bandes de terre unies et fertiles qui bordent la baie d'Alger deviennent moins sujettes aux fièvres à mesure qu'on en déchire le sein, et que la culture s'y établit. Cet effet des travaux de l'homme s'est remarqué en d'autres sites de la Mitidja même, et l'influence pernicieuse qui fait des lieux marécageux ou seulement aplanis de l'Algérie un séjour plus ou moins dangereux, n'existe, au reste, nulle part sur ses coteaux, notamment sur les pentes de ceux contre lesquels s'élève la capitale du pays. Elle n'a jamais été signalée sur le Bouzaréah, qui, dominant Alger à l'ouest, jouit du plus beau ciel et de la plus suave température qu'il soit possible d'imaginer. Aussi, selon les observations d'un des collaborateurs de la commission, M. le docteur Guyon, l'état sanitaire des troupes et des populations pendant les trois mois qui viennent de s'écouler, a été très-satisfaisant. Ce médecin ajoute que « le scorbut, qu'on ne voyait en Algérie depuis notre occupation, que parmi les condamnés du fort de Mers-el-Kébir à Oran, s'est manifesté cette année, sous forme épidémique à Gigelli, dans nos camps du Fondouck et de Cara-Mustapha. » M. Guyon attribue surtout au manque de légumes frais le développement du scorbut, dont il doit, du reste, traiter au long dans le grand ouvrage de la commission. Il a toujours régné, selon M. Guyon, en janvier et en février, dans les camps d'Alger, une maladie épizootique sur les chevaux, consistant dans une affection catarrhale, accompagnée d'une toux fréquente. Ce même collaborateur a fait aussi plusieurs expériences sur la morsure de la vipère d'Oran ; il n'a encore pu observer que trois cas de morsure sur l'homme, dont l'un a causé la mort en vingt-trois heures, dont l'autre a nécessité l'amputation de la main, et le troisième celle d'un doigt. Ce dangereux ophidien a été figuré vivant par M. Vaillant.

Pendant que les naturalistes et les physiciens de la commission étudiaient l'hiver si doux, si fécond et si salubre de l'Algérie, M. Morelet saisissait les traits des habitants de la ville, dont la diversité est telle, que sur trente individus qu'on y rencontre, il ne s'en trouve quelquefois pas deux qui soient pareils sous les rapports spécifiques de race, de physionomie, de pays et de costume.

M. Becquerel fait hommage à l'Académie de la deuxième partie du cinquième et du sixième volume du *Traité expérimental de l'électricité et du magnétisme*, ainsi que de l'atlas qui les accompagne et qui est également destiné au septième et dernier volume, dont la publication aura lieu à la fin de ce mois.

Mémoire sur un cas de luxation traumatique de la seconde vertèbre cervicale, datant de sept mois, et réduite par une méthode particulière ; par M. J. Guérin.

(Commissaires : MM. Larrey, Roux, Breschet.)

Cette luxation fut le résultat d'une chute sur le menton, et, chose remarquable, elle ne s'effectua que le surlendemain de l'accident. Les indications des auteurs sur ces luxations se réduisent à peu près à rien, et M. Guérin avait tout à créer et dans l'intérêt du malade, et dans celui de la science. Conduit par l'analyse du mécanisme suivant lequel avait eu lieu le déplacement de la vertèbre, il a employé pour la réduction un mécanisme analogue, mais dirigé en sens opposé ; c'est-à-dire qu'arrivé à cette conviction que le déplacement s'était opéré consécutivement à la rupture des ligaments et d'une partie des surfaces articulaires, sous l'influence de certains muscles, il a cherché à mettre en jeu les muscles antagonistes, et a pu, au moyen de mouvements de la tête et du cou, dirigés dans ce but, ramener graduellement à sa position normale la vertèbre luxée. Tous les caractères de la luxation ont successivement disparu, et la jeune fille, après trois mois d'un traitement consécutif, destiné à consolider la guérison, a le cou parfaitement droit, et peut exécuter tous les mouvements de la tête et du cou avec une parfaite liberté.

(Séance du 15 juin.)

— M. Balland écrit relativement à la conservation du virus vaccin. Il voudrait que lorsque le *cowpox* s'est manifesté spontanément chez une vache, on le transmît par inoculations successives à d'autres vaches, de manière à ce que ce fût toujours sur ces animaux qu'on prît le virus pour les vaccinations humaines.

(Séance du 22 juin 1840.)

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un académicien libre pour remplir la place vacante par suite du décès de M. le général Rogniat.

La liste présentée par la commission porte les noms suivants :

1° M. Pelletier.

2° Par ordre alphabétique, MM. Corabœuf, Francœur, duc de Rivoli.

Le nombre des votants est de 57.

Au premier tour de scrutin,

M. Pelletier obtient	40 suffrages.
M. Françœur	13
M. Corabœuf	1
Billet nul	1
Billets blancs.	2

M. Pelletier est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du Roi.

L'Académie procède ensuite à la nomination d'un correspondant pour *la section de géographie et de navigation.*

La liste présentée par la section est la suivante :

En première ligne :

M. Bérard à Toulon.

Puis par ordre alphabétique :

MM. A. Demidoff	à Saint-Pétersbourg;
Franklin	à la terre de Diémen;
Gautier	à Saint-Malo :
Parry	à Londres;
Kotzebue	à Saint-Pétersbourg;
Lutké	à Saint-Pétersbourg;
Owen	à Londres;
Wrangel	à Saint-Péterbourg;

Au premier tour de scrutin,

M. Bérard obtient	36 suffrages.
M. Parry	6
M. Franklin	2
M. Demidoff	2
M. Owen	1
M. Dumont d'Urville	1

M. Bérard ayant reuni la majorité des suffrages est déclaré élu.

L'Académie procède enfin, toujours par voie de scrutin, à l'élection d'un candidat pour la place d'*examinateur permanent à l'école Polytechnique,* en remplacement de M. Poisson.

La section de géométrie a présenté un candidat unique, M. Duhamel.

Le nombre des votants est de 50.

Au premier tour de scrutin,

M. Duhamel obtient	48 suffrages;
M. Binet	1
M. A. Comte	1

M. Duhamel ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré candidat de l'Académie ; il en sera donné connaissance à M. le ministre de la guerre.

M. Leroy d'Etiolles présente un exemple de *rupture spontanée de calcul dans le corps humain.* D'autres exemples, dit-il, étaient déjà connus, mais il n'est pas sans importance de signaler ceux qui se présentent, afin qu'on ne rapporte pas ces ruptures spontanées aux traitements alcalins ou autres, que l'on mettrait en usage. C'est la quatrième fois que ce phénomène se présente à lui.

(Séance du 29 juin.)

Physiologie. — De l'ouvrage de M. Isidore Geoffroy, intitulé Zoologie générale (1) ; *par M. Geoffroy-Saint-Hilaire.*

« Le temps des publications descriptives isolées en histoire naturelle, dit l'illustre académicien, s'accomplit et aura fini, grâce aux soins ardents et intelligents de nos collègues, les deux Cuvier. Mais déjà Buffon, long-temps avant, avait fondé une école opposée qui ne fut point comprise à sa naissance : elle me parut destinée à renaître pour ne plus cesser dans la suite.

« A partir de vendredi dernier, 26 juin, un événement curieux commença cette révolution nouvelle. Le grand Cuvier avait posé ce principe que les espèces retenaient un caractère fixe et immuable : le nouveau fait vient de renverser cette vue doctrinale. Deux espèces, un sexe pris dans des individus du continent, et l'autre sexe parmi des sujets des îles, viennent de se rencontrer en France, de se réunir et de donner un produit d'une façon simple.

« Le cerf de Java a rencontré dans nos ménageries une femelle d'Axir, et le mâle de Java a fécondé cette femelle. Or, il y a certitude qu'aucune femelle n'en est sortie; celle-ci manquait, et notre chef de la ménagerie, Isidore Geoffroy, essaya de donner au seul mâle de Java deux femelles d'Axir. Car l'Axir est un cerf du continent indien, le Bengale, et notre mâle était issu des cerfs des îles de la Sonde.

« C'est la première union de ce caractère avec authenticité. Voilà deux espèces distinctes qui procréent ensemble. On n'en sera pas surpris : les rapports de nos cerfs et ceux de notre daim moucheté sont nombreux. Or ce n'est point, ajoute-t-il, la seule proposition générale que démentira l'ouvrage de M. Isidore : il se trouve souvent, dans le cours de son livre, en opposition avec certains principes trop tôt généralisés par G. Cuvier. Le temps de cette étude descriptive touche à son terme; aujourd'hui c'est une ère synthétique et toute buffonienne qui commence. La matière du livre de M. Isidore apprendra ces faits et les consacrera avec certitude. »

Nominations.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre pour remplir la place vacante dans la section d'économie rurale, par suite du décès de M. Turpin.

La liste présentée par la section porte les noms suivants :

1° MM. de Gasparin et Payen, *ex æquo ;*
2° M. Decaisne ;
3° M. Oscar Leclerc-Thouin ;
4° MM. Huzard et Renaud, *ex æquo.*

Le nombre des votants est de 52.

Au premier tour de scrutin,

M. de Gasparin obtient	28 suffrages
M. Payen	23
M. Renaud	1

M. de Gasparin est proclamé membre de l'Académie ; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

Chirurgie. — Nouveau procédé opératoire pour la guérison du strabisme par la section d'un des muscles de l'œil.

M. J. Guérin annonce avoir pratiqué quatre fois avec succès la section des muscles de l'œil dans des cas de strabisme convergent.

Depuis long-temps, dit-il, il avait compris le strabisme dans les difformités qui résultent des contractions musculaires, et s'il ne lui avait pas appliqué le même mode de traitement qu'à ces dernières, en général, c'était par crainte des accidents inflammatoires consécutifs à une plaie pratiquée à l'air libre sur un organe aussi délicat que l'œil. Mais il croit être maintenant certain de les éviter, grâce aux modifications qu'il a apportées au procédé du chirurgien de Berlin.

Au lieu de diviser couche par couche la portion de conjonctive oculaire qui recouvre le muscle, il la détache de la sclérotique et la soulève avec une pince à mors large jusqu'à ce que le muscle soit mis à découvert. Celui-ci étant divisé avec des ciseaux courbes, il remet en place la portion détachée de la conjonctive ; en recouvrant la plaie, elle empêche l'air d'y pénétrer et lui procure jusqu'à un certain point les bénéfices des plaies sous-cutanées. L'expérience a heureusement confirmé ses prévisions, et dans les quatre opérations qu'il a faites, il n'y a eu aucune apparence d'inflammation suppurative.

Les résultats de l'opération ont été très satisfaisants, mais non aussi immédiatement avantageux que l'a observé M. Dieffenbach. Dans un seul cas il y eut redressement complet et instantané de l'œil ; dans les autres il n'y eut qu'amélioration. C'est, dit l'auteur, que tantôt la déviation de l'œil est primitivement musculaire et le produit de la rétraction spasmodique d'un seul muscle ; tantôt elle n'est que consécutive ou bien primitive encore, mais elle a atteint simultanément plusieurs muscles.

A trois heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

Comité secret. — M. Double, au nom de la *Commission des prix de médecine et de chirurgie*, fait, sur les pièces adressées pour le concours, un rapport dont voici les conclusions :

La Commission propose d'accorder,

1° 1,000 fr. à titre d'encouragement à l'ouvrage de M. le docteur Valleix, intitulé : *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés ;*

2° A M. le docteur Fourcault pour ses *Expériences physiologiques démontrant l'influence de la suppression mécanique de la transpiration cutanée sur l'altération du sang et sur le développement des lésions locales attribuées à l'inflammation*, 2,000 fr. à titre de récompense ;

3° A M. Vincent Duval, pour son *Traité pratique du pied-bot*, 3,000 francs à titre de récompense ;

4° A M. le docteur Fuster, pour son ouvrage *Des maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons*, ou *Histoire médicale et météorologique de la France*, 3,000 fr. à titre de récompense.

La Commission cite avec distinction :

1° Le mémoire de MM. les docteurs Serrurier et Emmanuel Rousseau, sous ce titre : *Pathologie spéciale des voies aériennes, étudiée chez l'homme et chez certains animaux ;* avec atlas grand in-4°, composé de 23 planches coloriées ;

2° *L'anatomie pathologique*, modèles en relief ; par M. le docteur Félix Thibert.

Mais, pour l'un comme pour l'autre, la Commission juge convenable d'attendre que de nouveaux travaux aient acquis à ces médecins d'autres droits aux récompenses du legs Montyon.

NOUVELLES.

PRIX ET CONCOURS.

Le 25 juin 1840, des prix ont été distribués aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement, à Paris, par M. le baron de Gérando, pair de France, membre du conseil général des hospices, délégué par lui pour présider cette cérémonie.

La distribution a été faite en présence de M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine ; de M. le comte de Kergorlay, membre du conseil général des hospices ; de M. Valdruche, membre de la commission administrative de ces établissements ; de M. Thunot, secrétaire général de l'administration ; de MM. les professeurs, médecins et chirurgiens, et de madame la sage-femme en chef de la maison d'accouchement.

Des discours ont été prononcés par M. le baron de Gérando, par M. Danyau, chirurgien, professeur adjoint de l'établissement, et madame Brillon, élève sage-femme. Après lecture du procès-verbal des épreuves du concours, on a proclame les noms des élèves qui ont obtenu des prix. Le premier prix, consistant en une médaille d'or, a été décerné à madame *Brillon*, née Mourault, élève aux frais du département des Deux-Sèvres.

Les élèves qui ont été ensuite le plus souvent nommées sont : mesdames *Freille*, élève aux frais du département de la Corrèze ; *Ledent*, élève aux frais du département de la Seine ; *Briard*, élève aux frais de l'administration des hospices de Paris ; *Thabourin*, élève aux frais du département de la Lozère ; *Hébert*, élève aux frais du département du Calvados ; *Leroux*, élève aux frais du département de Seine-et-Oise ; *Petit*, élève aux frais du département de l'Allier ; *Paiey*, élève aux frais du département de l'Eure.

Prix proposés par la Sociéét de pharmacie de Paris.

1° *Prix sur le seigle ergoté.*—Desirant surtout éclaircir l'histoire chimique, encore incomplète, du seigle ergoté, la société propose un *prix de mille francs* pour l'auteur du meilleur travail sur cette substance, qui aura fait connaître et aura étudié d'une manière satisfaisante son principe actif.

2° *Prix sur la digitale pourprée.*—La Société de pharmacie remet au concours cette question, et elle décernera une *médaille d'or de mille fr.* à l'auteur du mémoire qui donnera le moyen d'isoler le principe actif de la digitale, et qui fera connaître sa nature chimique et ses propriétés.

—

Enseignement.

Le mercredi 8 juillet dernier, M. le docteur J. Guérin a commencé l'*Histoire des déviations de la colonne vertébrale.*

Les conférences continuent d'avoir lieu tous les mercredis et samedis à 10 heures précises, à l'hôpital des enfants. Tous les mercredis, M. Guérin pratique une ou plusieurs opérations de section des muscules du dos. — Consultations tous les samedis à 10 heures.

— En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 6 juillet, un concours public sera ouvert le 9 novembre 1840, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'*opérations et appareils*, vacante à cette Faculté par la mort de M. le baron Richerand.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie, âgés de 25 ans au moins, qui désireront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 9 octobre prochain.

—

Armée.

—Un concours sera ouvert, le 20 août prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au journal militaire.

Le registre d'inscription sera clos le 18 août.

— Tout le matériel nécessaire à l'établissement d'un hôpital dans l'îlot du Roi, au port Mahon, est enfin parti de Toulon. Le chef de cet hôpital est M. Huttin, médecin principal d'armée; il est parti à bord de l'Agathe, avec une vingtaine d'officiers de santé de tous grades. Cet hôpital sera établi sur une assez large base ; 700 malades doivent y être traités. Sa position dans une île rendra peut-être le service un peu difficile ; mais elle sera favorable aux malades. Ce sera une précieuse succursale pour les hôpitaux de l'armée d'Afrique.

—

Miscellanea.

—Les délégués des pharmaciens de Paris ont été reçus, dans le courant du mois dernier, par M. le ministre de l'instruction publique, et lui ont remis une pétition, signée de leurs confrères, pour lui demander de préparer un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. M. le ministre les a accueillis avec la plus grande bienveillance, et a été au devant de leurs vœux, en les invitant à lui indiquer toutes les améliorations qui pourraient être obtenues en attendant la promulgation de la loi, s'engageant à les réaliser immédiatement soit par des ordonnances, soit par des arrêtés ministériels.

— L'inauguration de la statue d'Ambroise Paré a eu lieu le 29 juillet à Laval, sa ville natale, en présence des autorités, de la garde nationale, des troupes de la garnison et d'un grand nombre de spectateurs. De nombreuses salves d'artillerie ont été tirées à cette occasion. Le soir, un banquet a réuni plus de cent convives.

— La reine d'Angleterre a nommé Charles Locock son premier médecin-accoucheur; Robert Fergusson, son second médecin-accoucheur, et Richard Blagden son chirurgien-accoucheur.

— La chambre des communes, en Angleterre, vient de voter une loi sur les vaccinations, où l'on remarque le passage suivant : « Désormais, toute personne qui inoculera ou tentera d'inoculer la petite vérole, sera passible de la peine d'emprisonnement ou de la détention dans une maison de correction, pendant un laps de temps qui ne pourra excéder trois mois.

—

Nécrologie.

— M. le docteur MANRY, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, est mort le 23 juin dernier à Saint-Mandé.

— Le célèbre oculiste de Berlin Graefe vient de mourir à Hanovre d'une attaque d'apoplexie. Il avait été appelé dans cette ville par le roi de Hanovre pour traiter l'héritier présomptif de la couronne de la cécité dont il est depuis long-temps affligé.

On dit que la fortune de Graefe s'élève à la somme énorme de 3,600,000 thalers de Prusse, qui équivalent à environ 13 millions de francs ; ce qui paraît d'autant plus extraordinaire que son patrimoine et les héritages qu'il a faits ne se sont élevés qu'à environ 600,000 thalers (216,000 francs), et qu'il a gagné tout le reste par l'exercice de sa profession.

La fortune de l'illustre Boerhave ne montait, dit-on, qu'à 8 millions.

—

Eden des enfants.

Le docteur Royer, médecin à Montfermeil, ancien interne de l'hôpital des enfants, membre de l'Athénée, médecin des épidémies, etc., auquel vingt années d'expérience ont démontré l'utilité d'un établissement destiné à recevoir les enfants sevrés, que les occupations des parents obligent à laisser à la campagne, vient de consacrer sa maison à l'hygiène des jeunes enfants.

L'air, le local, les soins, la nourriture, la présence et la surveillance du médecin, qui permet de prévenir à temps les maladies si promptement et si souvent meurtrières du jeune âge, le patronage spécial de deux professeurs célèbres (MM. Guersant et P. Dubois), sont des garanties précieuses offertes aux parents par un établissement que recommandent encore la beauté et la salubrité de sa position.

Voitures, *rue Sainte-Apolline*, 11.

Variétés.

BROUSSAIS.

Philosophie (1).

Le monde médical était désenchanté de la doctrine de l'*Irritation*, et Broussais semblait avoir fourni sa carrière, lorsque, en 1828, cet écrivain fit une irruption soudaine dans le domaine de la philosophie : le livre de l'*Irritation et de la Folie* parut.

Pourquoi Broussais se faisait-il philosophe? Il nous le dit lui-même : pour prémunir la jeunesse médicale contre l'envahissement des idées platoniciennes qui partout, dans l'enseignement, remplaçaient l'*éducation et l'observation par les sens ;* pour démontrer que tout ce qui ne se voit pas et ne se sent pas est hypothèse, abstraction, chimère; pour *achever enfin l'œuvre de notre Cabanis, qui, faisant un pas au delà des sens externes, avait reconnu la puissante influence des viscères sur la pensée, influence dont Epicure avait seul compris l'existence, sans toutefois en avoir fourni la démonstration physiologique.*

---

(1) Voir notre numéro de juin 1839.

Il s'indignait que le pédantisme des éclectiques en imposât plus long-temps au public, et il espérait bien s'opposer au *rappel* du système de Platon, qui, selon lui, était la honte de la France! Donc, guerre aux éclectiques, aux spiritualistes, à tous les ontologistes et à tous les rêveurs du monde philosophique!

Personne ne s'attendait alors à cette réhabilitation et à cette glorification de la philosophie des viscères; car, qui aurait osé croire que l'établissement des idées matérialistes fût un fait désormais acquis au genre humain pour son bonheur, et que c'était l'honneur de notre patrie de repousser Platon pour marcher sur les traces d'Épicure? A cet incroyable enthousiasme pour une philosophie qui était si bien morte, à ces cris de triomphe, du matérialisme et de l'athéisme, on se demanda si on était au dix-neuvième siècle! Et, quand on vit que ce savant, qui prétendait expliquer le monde par l'*irritation*, et l'homme par la *chimie vivante;* qui n'avait besoin, pour donner la démonstration complète de la pensée, que de gélatine, d'albumine et de fibrine, non-seulement n'apportait pas une preuve nouvelle, mais ne posait pas même les questions, on eut honte que tant de talent fût dépensé pour une si misérable cause. Broussais, dans son inconcevable confiance, avait pris pour épigraphe de son nouveau livre ce mot magnifique : Lisez! On lui répondit : Pensez! Son explosion philosophique n'était qu'un acte de colère : on l'écouta comme on écoute un homme en colère.

Broussais n'en continua pas moins : tout esprit de sa trempe, une fois entré dans une certaine voie, y laisse sa trace et creuse profondément le sillon commencé. Il trouva sur son chemin la phrénologie, science dont on fait ce qu'on veut, à la vérité, mais qui se prête avec plus de complaisance aux données matérialistes : il l'embrassa avec ardeur. Le matérialisme et la phrénologie furent, à partir de ce moment, son unique passion, son unique étude. La philosophie des viscères devint la philosophie des organes, puisque désormais il y avait dans le cerveau un nombre d'organes et d'*irritations* organiques assez grand pour permettre d'expliquer les phénomènes moraux et intellectuels, et qu'on pouvait reléguer dans l'oubli les influences viscérales : Gall détrôna Épicure. La publication du *Cours de Phrénologie* en 1836, la lecture de plusieurs mémoires à l'Institut, une nouvelle édition du *Traité de l'Irritation et de la Folie*, furent les fruits du travail philosophique des dernières années de Broussais.

Chose étrange! plus Broussais travaillait et réfléchissait, plus il croyait voir clairement que l'homme n'est qu'une masse de matière organisée. Impossible à lui de sortir du cercle sensuel et magique où il était enfermé; le matérialisme le dominait complètement : son organisation était ainsi faite, disait-il lui-même, comme Luther avouait qu'il était emporté par la chair et par le sang. Quelques jours après la mort de Broussais, sa profession de foi fut publiée par un de ses élèves intimes. Voici quelques lignes de cette étonnante profession de foi, qui est comme l'abnégation d'une grande intelligence, et qui doit être pour tous d'un utile et triste enseignement. Car, si un esprit si élevé peut descendre si bas, que sera-ce du vulgaire de ceux qui pensent, ou plutôt qui *vivent?*

« Je sens, comme beaucoup d'autres, qu'une intelligence a tout coordonné; je cherche si je puis en conclure qu'elle a créé; mais je ne le puis pas, parce que l'expérience ne me fournit point la représentation d'une création absolue; je n'en conçois que de relatives, et ce ne sont que des modifications de ce qui existe, dont la seule cause appréciable pour moi est dans les molécules ou atomes et dans les impondérables qui font varier leurs activités; mais je ne sais ce que c'est que les impondérables, ni en quoi les atomes en diffèrent, parce que le dernier mot sur ces choses n'a été dit ni par les physiciens ni par les chimistes, et que je crains de me représenter des chimères.

« Ainsi, sur tous les points, j'avoue n'avoir que des connaissances incomplètes dans mes facultés intellectuelles ou mon intellect, et je reste avec le sentiment d'une intelligence coordonnatrice, que je n'ose appeler créatrice, quoiqu'elle doive l'être; mais je ne sens pas le besoin de lui adresser un culte extérieur autre que celui d'exercer, par l'observation et le raisonnement, l'intelligence pour l'enrichir de nouveaux faits, et les sentiments supérieurs, parce qu'ils aboutissent au plus grand bien de l'homme forcé de vivre avec ses semblables, c'est-à-dire social. Je crois aussi que ce culte exige que les premiers besoins soient satisfaits, sans nuire aux autres hommes, soit dans la même satisfaction, soit dans celle des sentiments supérieurs, et un de mes sentiments me pousse à les seconder de tout mon pouvoir dans cette double satisfaction, parce que j'y trouve le plus doux et le plus pur des plaisirs. J'applique cela aux animaux voisins de nous.

« Telle est ma foi, et je ne crois pas pouvoir en changer; car toutes les personnifications anthropomorphiques d'une cause générale pour l'univers, et d'une cause particulière pour l'homme, m'ont toujours inspiré une répugnance invincible que je me suis en vain efforcé de méconnaître et de vaincre pendant long-temps.

« Je ne crains rien et n'espère rien pour une autre vie, parce que je ne saurais me la représenter.

« Je ne crains pas d'exprimer mon opinion ni d'exposer ma profession de foi, parce que je suis convaincu qu'elle ne détruira le bonheur de personne. Ceux-là seuls adopteront

mes opinions qui étaient organisés pour les avoir et je n'aurai été qu'une occasion pour eux de les formuler. Les gens nés pour l'anthropomorphisme n'en seront point changés, etc.....»

Voilà où aboutit le génie ! voilà où aboutissent cinquante ans de travail, de méditation, d'observation, d'expériences ! Ne croire qu'aux atomes et aux impondérables, tout en déclarant qu'on ne sait ce que c'est ! n'admettre que ce que l'on peut se représenter ! se croire né pour satisfaire à ses premiers besoins ! Il est vrai qu'on ajoute : *sans nuire aux autres hommes ;* mais on ajoute aussi : sans nuire aux *animaux voisins de nous.* Pourquoi n'ajoute-t-on pas : aux animaux éloignés de nous, aux mollusques, aux zoophytes et à la nature végétale ? Plus de discussion dans le monde, puisque chacun s'y trouve avec l'organisation qu'il a ! — Vous rappelez-vous cette scène terrible des *Brigands* de Schiller, où Franz se demande quel lien l'attache à son père, et pourquoi il lui devrait le respect, l'obéissance et l'amour ? Il cherche aussi, lui, à se *représenter* ce lien mystérieux, et il ne peut y parvenir, et il éprouve une *répugnance invincible*, qu'il a long-temps et vainement cherché à combattre, pour l'auteur de ses jours. Son père ! n'est-ce pas par hasard ou pour son propre plaisir qu'il l'a engendré ? N'est-ce pas par orgueil qu'il l'a élevé ? N'est-ce pas par égoïsme, et pour la satisfaction de je ne sais quel besoin d'entrailles paternelles, qu'il l'aime. Que doit donc le fils à son père ? *Il ne saurait jamais se le représenter.* — Vous rappelez-vous encore l'illustre, le savant Faust, enfermé la nuit dans son cabinet, ayant épuisé toutes les sciences, tous les arts, tous les plaisirs qu'il est donné à l'homme d'atteindre,—ne croyant aussi, lui, qu'aux *impondérables*, et ne voulant demander qu'aux impondérables le secret de la vie et du bonheur ? Il tâche à se *représenter* ce qu'il est, ce qu'est le monde, ce qu'il est dans le monde : et il est là devant ses sabliers, ses boussoles, ses creusets, ses roues, ses machines, qui, dit-il, ricanent et se moquent de lui : et ni les impondérables, ni les atomes ne lui répondent. Et Faust se voue au génie du mal, Franz aux passions qui bouillonnent dans son sein, c'est-à-dire tous deux au charme de leurs sens effrénés : ils cèdent à leur organisation.

C'est donc toujours au même abîme que nous voyons courir quiconque ne veut pas écouter le cri de son âme et la voix sacrée du genre humain, quiconque ne veut pas faire une certaine abnégation de sa raison devant les nécessités morales et sociales.

Chez la plupart des matérialistes de nos jours, le matérialisme n'est qu'un acte de passion, d'ignorance ou d'entêtement irréfléchi : ce n'est point une doctrine. Broussais, malgré l'éclat de son talent, ne fait pas exception à cette règle. Demandez-lui ce que c'est que la doctrine matérialiste, quelles en sont les conditions scientifiques ; demandez-lui comment la question doit être posée, si elle peut et comment elle peut être résolue, etc., etc. Est-ce qu'il le sait ? Est-ce qu'il s'occupe un instant de le rechercher ? Croyez-vous qu'il ait remonté dans l'histoire ? qu'il ait étudié les grands esprits qui ont défendu le spiritualisme, dans la philosophie, dans la morale, dans la religion, dans les arts ? Pas le moins du monde. Tout cela, ce semble, ne le regarde pas. En revanche, il vous dira sous toutes les formes, avec colère, avec entousiasme, qu'un homme à qui on a coupé la tête ne pense plus, que l'opium éteint la sensibilité, que le vin trouble la raison ; qu'il croira à l'âme quand il la verra ; et qu'il est tout prêt à proclamer l'existence de la conscience, *si on peut lui en montrer les oreilles !*

Voilà le fond de toute son argumentation.

Broussais est donc plutôt un *sensualiste* qu'un matérialiste, plutôt un homme impressionné par les sensations qui lui viennent du dehors, et jetant au monde ces impressions, qu'un philosophe réfléchissant sur la nature et les rapports des êtres et se décidant, en toute conscience, après un impartial et mûr examen. Il parle quelquefois de son amour pour la vérité ; mais on ne peut y croire de la part d'un homme qui ne veut absolument pas sortir des représentations sensuelles, ni écouter dans le calme, dans la solitude, dans la diète, s'il le faut, la voix de la raison qui est en lui ou de celle qui est autour de lui. « Autre chose est, dit Montaigne, un dogme sérieusement digéré, autre chose ces impressions superficielles, lesquelles, nées de la débauche d'un esprit démanché, vont nageant témérairement et incertainement dans la fantaisie. Hommes bien misérables et écervelés qui tâchent d'être pires qu'ils ne peuvent. »

Broussais réclame quelque part contre la dénomination de sensualiste donnée à son école : on a voulu par là jeter de la défaveur, répandre un mauvais vernis sur les matérialistes. Nous ne ferons ici qu'une remarque : — Ce n'est pas notre faute si le mot *sensualiste* entraîne en effet après lui pour tout le monde l'idée de grossièreté. A-t-on jamais essayé de dire les *pourceaux de Platon*, ou même les *pourceaux de Berkeley ?* Et si quelqu'un l'avait essayé, le langage et le bon sens l'auraient-ils admis ? Non, assurément. Parmi les différents systèmes philosophiques, il y en a donc *un* qui, plus que les autres, fait ressembler l'homme aux bêtes insensées.

Broussais veut à toute force, et ç'a été l'emploi des douze dernières années de sa vie, faire rentrer la science de l'homme dans l'observation par les sens, nous obliger à regarder comme rêverie et création imaginaire tout ce qui ne tombe pas sous les sens. « Je ne m'occupe pas, dit-il sans cesse, du

premier moteur, ni de la création, ni de savoir ce que c'est que la matière, ni ce qu'elle peut par elle-même. Je prends la matière organisée et je l'observe, et je dis les résultats de mon observation. Il faut que la métaphysique et l'ontologie soient reconnues pour des sciences ridicules et méprisables. Quant aux moralistes, ils feront comme ils pourront; je ne fais pas de la morale, je fais de la physiologie. » — Qu'est-ce à dire? De ce que l'on raie d'un trait de plume l'ontologie, la métaphysique et la morale, ces grandes et belles parties de la science de l'homme vont-elles disparaître? L'homme va-t-il tout-à-coup cesser de s'interroger sur lui-même, sur le monde, son origine, sa destinée, son avenir? Jusqu'ici il n'a pu assister aux spectacles et aux harmonies de la nature, sans que son cœur fût touché de divins pressentiments; il n'a pu descendre dans les profondeurs de sa pensée, ni faire communiquer sa raison avec la raison des autres hommes, sans que mille cris confus s'élevassent de son être : cris d'espérance, de joie, d'admiration, ou cris de désespoir, de douleur et de crainte. Va-t-il tout-à-coup, sous prétexte de physiologie, comprimer le mouvement de son intelligence, et étouffer la voix de sa nature? Non, cela ne se peut.— *Le tigre déchire sa proie et dort : l'homme tue sa victime et veille.* Eh bien! tout de même, l'animal suit ses penchants matériels et est satisfait; l'homme accomplit ses fonctions organiques, et n'est pas satisfait. Il y a des vérités, il y a des problèmes pour lesquels son activité intellectuelle est faite, et qui ne le laisseront jamais en repos. Et si, en face de ces immortelles questions, l'individu peut se renfermer dans un superbe dédain ou dans une insolente ironie, la société, sous peine de désordres, de malheur et de mort, ne le peut pas. Tant que la raison de l'homme existera, les matérialistes auront beau faire, jamais cette grande discussion ne sera fermée.

Mais sur quoi est donc fondée la prétendue clarté du témoignage des sens, et sa grande supériorité sur les autres témoignages? C'est, dit-on, qu'un sens en corrige un autre, si le premier sens se trompe. Étrange illusion! Est-ce la vue qui corrige l'ouïe, ou l'ouïe la vue, ou quelque intermédiaire aux deux, qui se sert de l'un et de l'autre? Et puis, qui donc décide entre les deux? qui reconnaît que la vue a tort et le toucher raison, ou tous les deux tort, et qu'il faut un troisième sens? Et puis encore, si une sensation en corrige une autre, pourquoi une raison n'en corrigerait-elle pas une autre? Si la réfraction de la lumière fait paraître brisé un bâton droit plongé dans l'eau, la passion fait croire à un homme qu'il peut égorger son frère; et de même, si le toucher redresse l'erreur de la vue en donnant au bâton la rectitude qu'il a en réalité, la raison dit à l'homme passionné qu'il ne doit pas donner la mort à son frère; et si la passion trop forte fait taire la raison privée, la raison sociale, qui crie plus fort, se fait entendre, et il est aussi sûr que nous ne devons point égorger notre frère, qu'il est sûr que la brisure du bâton est un effet de la réfraction de la lumière.

En vérité, si l'on voulait réfléchir un peu, on ne saurait dire qu'on ne veut croire qu'à ce qu'on voit : cela n'a aucun sens, cela est démenti dans toute action humaine. « Nous voudrions, dit excellemment M. Buchez, que, avant de s'attacher à ce singulier argument, l'on se fût occupé de compter si, parmi les choses que tout le monde croit, le nombre des invisibles n'est pas plus grand que celui des visibles. En effet, tout le monde croit à ce qu'un autre dit : or, la pensée de cet autre est-elle visible? Tout le monde croit à l'avenir, à la nationalité, au devoir, à la vertu, à la justice, à la fidélité, etc. : or, l'avenir, la nationalité, le devoir, sont-ils des choses visibles? Tout le monde croit au système du monde, aux propriétés des nombres, à mille théories : or, tout cela compte-t-il parmi les choses visibles? L'on n'en finirait pas, si l'on voulait dénombrer tous les invisibles auxquels on a foi entière, et sur lesquels toute vie, toute spéculation humaine est fondée. » La société tout entière n'est-elle pas fondée sur la foi à des choses qui ne se voient pas? et la société n'est-elle pas une réalité?

Nous n'avons aucune envie ni aucune raison de refuser à Broussais l'éclat du style, l'éloquence de l'invective, la verve du sarcasme; mais nous sommes obligés de dire que ces belles qualités sont toujours chez lui en raison inverse de la force, de la science, de la profondeur véritables. Il n'est personne, parmi les philosophes contemporains, qui ait poussé aussi loin la violence et la crudité d'expression envers les choses et les hommes qu'il attaque; il n'est personne non plus qui raisonne et qui discute moins en connaissance de cause, qui triomphe à moindres frais, et qui croie davantage avoir renversé tout un édifice, alors qu'il n'y a pas touché. Lorsque, par exemple, il étudie comparativement le développement organique et le développement intellectuel de l'homme, il surabonde en détails parfaitement bien dits et parfaitement concluants, et frappe vigoureusement à coups de massue des fantômes.

Cet examen comparatif de l'homme physique et de l'homme moral, dont il cherche à tirer de si importantes inductions, a toujours été la thèse principale de Broussais; et, pour cette raison, nous nous y arrêterons un instant.

Dans sa préoccupation sensualiste, Broussais oublie constamment une chose : c'est que tous les philosophes savent, comme les physiologistes, qu'il y a corrélation, et, pour ainsi dire, parallélisme, entre le développement des facultés intellectuelles et celui du système nerveux; ils savent à merveille

que l'enfant ne pense pas avant l'accomplissement d'une certaine évolution des organes, et que la pensée s'affaiblit chez le vieillard et dépérit avec ces mêmes organes ; aucun d'eux n'ignore que des conditions matérielles spéciales sont nécessaires pour la production des phénomènes immatériels. Quand Bossuet, qui ne partage pas, que je sache, les opinions de Broussais, fait l'histoire de la sensation, il pose d'abord en fait *que les nerfs sont ébranlés par les objets du dehors qui frappent les sens* (*ébranlés* ou *irrités*, il n'importe) ;—il établit ensuite que *cet ébranlement des nerfs frappés par les objets se continue jusqu'au dedans de la tête et du cerveau* : n'est-ce pas comme s'il disait que l'*irritation* des nerfs *stimulés* par les *modificateurs externes* donne naissance à l'*irritation encéphalique ou intra-crânienne?* Descartes et Mallebranche diraient sans doute *esprits animaux* au lieu de *fluide nerveux* ou d'*irritation* : est-ce là une différence ? Et puis ils expliqueraient même la mémoire et l'imagination par les *traces* que laissent dans la substance nerveuse du cerveau les impressions des objets ou des idées. Broussais n'apprendrait donc rien à ces psychologistes, en leur répétant qu'à une certaine disposition intellectuelle ou morale correspond une certaine disposition physique ou matérielle. Encore un coup, tout le monde sait cela, personne ne le nie. Tous les livres de la spiritualité la plus exaltée, les ouvrages ascétiques mêmes, représentent à chaque page cette liaison intime, cette communauté, cette solidarité continuelle de développement, d'altération, de jouissance, de souffrance, etc., des deux substances qui constituent l'homme.

Si tant d'hommes de bonne foi, de science, de génie, ont admis cette nécessaire et intime union de l'existence matérielle et de l'existence immatérielle de l'homme, sans croire un instant compromise leur pensée spiritualiste, sans cesser de voir dans les *organes* les *instruments* de l'*homme;* si Cabanis(1), après avoir employé sa vie à analyser les rapports du physique et du moral, après avoir étudié avec tant de soin les lois qui peuvent résulter de cette confrontation physiologique, a fini par entendre que la matière, loin de rendre raison de l'intelligence, ne rendait pas même raison de la vie, et par faire appel, comme Van-Helmont, comme Stahl, comme Barthez, à un être simple, hyperorganique ; s'il en est ainsi, il faut donc que la question ne soit pas où Broussais la place, dans l'influence plus ou moins manifeste, plus ou moins constante, de l'état des organes sur la pensée et sur la volonté.

Insistons : voici Pascal qui dit, avec ce sens profond et cette incomparable énergie d'expression qu'il possède : « L'esprit du « plus grand homme du monde n'est pas si « indépendant qu'il ne soit sujet à être trou- « blé par le moindre tintamarre qui se fait « autour de lui. Il ne faut pas le bruit d'un « canon pour empêcher ses pensées : il ne « faut que le bruit d'une girouette ou d'une « poulie. Ne vous étonnez pas s'il ne rai- « sonne pas bien à présent : une mouche « bourdonne à ses oreilles ; c'en est assez « pour le rendre incapable de bon conseil. « Si vous voulez qu'il puisse trouver la vé- « rité, chassez cet animal qui tient sa raison « en échec et trouble cette puissante intelli- « gence qui gouverne les villes et les royau- « mes. » — A quoi bon venir parler à un pareil philosophe des effets de l'opium ou de l'alcool, et de l'épanchement du sang et du pus à la surface du cerveau? Et comment quelques faits de plus ramassés dans un coin obscur de la science changeront-ils ses convictions, après les grands faits qu'il vient de faire éclater à nos yeux avec tant de lumière?

Doué de la patience la plus infatigable et du génie d'observation le plus pénétrant, Broussais nous aurait fait connaître toutes les nuances possibles d'organisation correspondant d'une manière constante à toutes les nuances possibles de sentiment et de pensée, dans toutes les époques de la vie humaine, la question ne serait pas décidée pour cela. Aux yeux des spiritualistes, il n'aurait fait rien autre chose, que de démontrer, dans le détail, l'union intime de l'âme et du corps, union qu'ils admettent et qu'ils proclament. Pour qu'il y ait preuve en faveur du matérialisme, il faut qu'on nous montre toutes ces combinaisons matérielles, toutes ces actions organiques, 1° capables de se former et se formant spontanément ; 2° une fois formées, produisant nécessairement des phénomènes intellectuels correspondant avec une constance invariable ; 3° seules capables de produire ces phénomènes. Quand ces démonstrations, qui ne sont pas si simples ni si faciles, et qui cependant ont besoin d'être claires, auront été données, il restera à montrer comment cette multitude d'organes fonctionnant, chacun à sa manière, s'accorde avec l'unité, avec la simplicité qui préside à toutes les opérations intellectuelles et les domine constamment. Comment donnera-t-on ces démonstrations?... Ce sont toutes ces difficultés accumulées autour du matérialisme qui ont fait dire à Cabanais que, bien que l'opinion des matérialistes pût être soutenue par des raisons plausibles, l'opinion contraire avait *un degré de probabilité supérieur*, « *et, je le répète encore*, ajoutait-il, *il faut bien s'en contenter, s'il faut prendre un parti dans ce genre de question ; car la raison humaine ne peut y parvenir à rien de plus.* »

La perpétuelle argumentation de Broussais consiste donc à dire que les sens et leur exercice jouent un grand rôle dans la vie intellectuelle de l'homme, et sont une condition nécessaire de son développement et de sa

(1) Voir sa *Lettre posthume sur les causes finales.*

manifestation. Cette argumentation consiste à répéter sans cesse: *nihil est in intellectu quod non priùs fuerit in sensu ;* à quoi il faut sans cesse répliquer avec Leibnitz: *nisi ipse intellectus.*

Ce que l'on admire à chaque page des œuvres philosophiques de Broussais, ce qui fait passer le lecteur sérieux de surprise en surprise, de confusion en confusion, c'est la facilité avec laquelle cet écrivain donne comme des preuves péremptoires les assertions les moins significatives, celles même qui tournent le plus évidemment contre lui. Ainsi, un des arguments favoris de l'auteur de *l'Irritation et de la Folie*, une objection qu'il caresse avec amour, qu'il reproduit sous mille formes, toujours avec la satisfaction la plus complète, avec l'ironie la plus joyeuse, c'est l'objection qu'il tire du langage. Le langage, selon lui, est la preuve manifeste de l'obligation où nous sommes de ne pas sortir de ce qui nous est révélé par les sens, puisque nous ne pouvons prononcer une parole qui ne soit la représentation de quelque sensation, ou qui n'ait pour point de départ quelque sensation interne ou externe : même les choses les plus immatérielles sont exprimées par des signes représentatifs de quelque chose de matériel.

Broussais ne conçoit pas de réponse à une objection de cette force, et il rit volontiers de l'embarras dans lequel il place par là ses adversaires!

En vérité, on croit rêver en voyant étaler victorieusement de semblables difficultés. Lors même qu'il serait vrai (ce qui est faux) que toute parole fût la représentation de quelque objet sensible, eût pour point de départ une sensation ou un sentiment, ce fait ne conclurait rien, absolument rien, pour le matérialisme, car la parole humaine se compose, 1° du *signe*, qui est quelque chose de matériel, 2° du *sens*, qui est quelque chose d'immatériel, de spirituel. Le *signe* n'est que l'instrument du *sens*, il n'est que l'occasion, il ne fait que donner lieu au souvenir de l'idée qui est dans le sens. Or, cette idée n'a rien qui soit identique avec la sensation ou de même nature que la sensation. De plus, le *signe* même ne tire sa valeur que d'une convention sociale, que d'un pacte fait entre un certain nombre d'intelligences, lequel pacte n'a, non plus lui, rien de sensible ni de matériel. D'ailleurs, même en nous mettant pour un instant au point de vue de Broussais, il est faux que toute parole soit la représentation de quelque objet sensible. Le mot *parole* lui-même, dans sa véritable signification, comme il se présente à notre esprit, comme il a été compris dans tous les temps, *verbum*, λογός, le mot *parole* n'est la représentation de rien de sensible: il exprime la communication, le commerce entre les intelligences; il ne veut pas dire, le son de la voix humaine; il veut dire, la transmission de quelque chose d'intellectuel. A quelle représentation sensible correspondent les mots *donc*, *car*, *mais*, *que*, *je*, *veux*, etc.? Quelle est la représentation sensible que rappellent les mots *juste*, *injuste*, *bien*, *mal*, et tous ceux qui expriment les idées morales et abstraites? Lorsqu'une série d'idées très bien liées nous est présentée dans un langage qui se fait entendre rapidement à notre esprit, à qui fera-t-on croire que le lien intellectuel qui existe entre toutes les idées, le *series juncturaque*, le λγοός, la *raison* de ces idées ne soit autre chose que la représentation d'un certain nombre d'objets sensibles, qui ont laissé une trace sensible dans les organes? Un homme voit commettre devant lui une action injuste: il est bien vrai que les agents qui frappent ses sens sont l'occasion du jugement qu'il porte sur cette action; mais entre le fait matériel qui se passe sous ses yeux, et le sentiment qui se passe dans son âme, il y a un abîme Si cet homme, dans son indignation, s'écrie : « infâme! » à quelle représentation sensuelle se rapporte cette parole, qui pourra être prononcée dans mille et cent mille circonstances matériellement différentes, lesquelles auront toutes cela de commun d'être infâmes, c'est-à-dire d'exprimer un jugement de l'âme, à la suite duquel naîtront mille et cent mille actions matériellement différentes, lesquelles, à leur tour, auront toutes cela de commun d'être généreuses, et de frapper l'esprit de tous les hommes par leur caractère généreux? Les exemples pourraient se multiplier à l'infini, aussi innombrables que les actions que peut produire la volonté de l'homme, que peut exprimer sa parole, que peut concevoir son intelligence. Ces exemples prouveraient tous que, comme l'homme dont elle est l'expression, la parole est à la fois *corps et âme*, corps et âme, en effet, nécessaires l'un à l'autre, nécessairement unis entre eux, bien qu'il y ait un abîme entre leurs deux natures. La parole a un *son* et un *sens*, comme l'homme a un *corps* et une *âme* : quiconque la veut réduire à sa partie matérielle, quiconque veut lui ôter son esprit est aussi insensé que celui qui voudrait la réduire à sa partie spirituelle et lui ôter son corps.

Ce que nous disons de la parole parlée trouve la plus évidente justification dans la parole écrite. Ouvrez le premier livre venu, les *Pensées de Pascal*, ou un livre élémentaire de mathématiques, ou l'un des ouvrages de Broussais. Qu'est-ce donc que ces caractères noirs tracés sur le papier, où chacun a un *sens* en lui-même, un autre *sens* suivant sa place, mille *sens* différents suivant les mille places qu'il peut occuper; où un point, un trait horizontal, un trait vertical, etc., font naître dans l'esprit telle idée plutôt que telle autre? Comment nous démontre-t-on que ces variétés infinies de pensée, de sentiment, communiquées, reçues, échangées, combinées d'une infinité de manières, se trouvent sur ce papier, sans la nécessité de l'intervention d'*autre chose* pour

qui toutes ces figures ne sont que des *occasions*, des *instruments*, des *organes* de l'intelligence? Comment explique-t-on, sans sortir de la *sensation* ou de l'*irritation* (terme sans signification!) la fécondité de l'esprit humain si disproportionnée à la matière qu'on lui présente, *materiam superabat opus?* A-t-on jamais vu et fait voir comment, avec tant de signes différents les hommes entendent la même chose et sont sûrs d'avoir la même pensée, de manière à produire des actions parfaitement correspondantes? Comment l'*irritation* (que, du reste, personne n'a jamais vue), fournie par tous les *irritants* qui se trouvent, par exemple, dans les *Géorgiques* de Virgile, se confond-elle si admirablement avec l'*irritation* produite par les *Géorgiques* de Delille, dans le même homme, si vous voulez, ou dans cent hommes, si vous aimez mieux? Cela est-il clair, cela est-il net comme cela doit être? Car, nous le répétons, et le répèterons tant qu'on ne voudra pas le comprendre, il n'est pas permis logiquement de rejeter un mystère pour admettre un plus grand mystère; et surtout un écrivain, quand il présente des idées si peu satifaisantes et si ténébreuses, n'a pas le droit de se glorifier de la lumière qu'il répand à pleines mains, et des bienfaits qu'il verse avec libéralité sur le genre humain, en secouant ses préjugés et en lui ouvrant la source même du bonheur.

Quels sont ces bienfaits? quels si grands services le matérialisme rend-il à l'homme et à la société? Une doctrine qui repose sur des bases si fragiles, qui est si mal démontrée, qui laisse dans l'esprit tant d'obscurité, qui, de plus, est manifestement contredite par la grande majorité des philosophes et des hommes réfléchis, une pareille doctrine doit être jugée par ses résultats.

Nous savons que quelques savants croient montrer de la supériorité d'esprit en négligeant cette partie importante de la démonstration d'une doctrine; ils croient donner une haute idée d'eux-mêmes et de leur science en voulant que la science soit indépendante ou ne dépende que d'elle-même. C'est ainsi que Broussais s'écrie souvent qu'il fait de la physiologie et non pas de la morale; que la morale regarde les moralistes. Nous ne pensons pas ainsi: que l'on crie à la puérilité, à la superstition, à la peur; nous nous inquiétons peu de ces cris; nous croyons être dans un temps et dans un pays où la discussion est libre, où chacun doit dire sa pensée tout entière. Il n'y a pour cela ni courage ni crainte à avoir.

Partant de là, nous prétendons que l'arbre se juge par ses fruits; qu'une doctrine sur la science de l'homme se juge par les conséquences de son influence sur la vie humaine.

Mais, dit-on, la raison se met en marche pour découvrir la vérité; et quand elle possède la vérité, peu lui importe ce qui en peut, ce qui en doit advenir. Force est d'obéir à la raison. — Oui, il faut obéir à la raison; nous le voulons. Or, un système est dit absurde, lorsqu'il arrive à des conséquences qui se trouvent en contradiction manifeste avec les faits primitifs, avec les lois générales desquelles tout philosophe, tout homme doit partir. Ces lois, qui sont celles de la raison, qui sont la raison même, ne doivent jamais être perdues de vue: à quelques recherches que se livre l'esprit scientifique, à quelques considérations que s'élève le génie d'observation, il ne peut jamais arriver à détruire sa base, sous peine d'absurdité. Tout comme un physiologiste n'arriverait qu'à une absurdité, si, partant de l'homme tel qu'il est, il parvenait à démontrer que l'homme peut se nourrir de cailloux et respirer du gaz hydrogène-arséniqué; ainsi un système de philosophie serait absurde, si, partant de l'homme physique, moral et social, tel que nous le connaissons, ayant admis, n'ayant pas pu ne pas admettre certaines lois générales, certains fondements de la raison, il arrivait à une conclusion qui renversât toute raison, toute société, toute humanité.

Qu'est autre chose le matérialisme? En détruisant la liberté de l'homme, cette doctrine détruit tout. Si tous les phénomènes de la nature, dans le monde et dans l'homme, ne sont que des effets du mouvement de la matière nécessairement et fatalement enchaînés, que veut dire *bien* et *mal*, *juste* et *injuste?* Il y a ceci et cela, il n'y a rien de juste ni d'injuste. Qu'on se débatte tant qu'on voudra contre cette conséquence, on ne l'évitera pas. Helvétius, dans le dernier siècle, a essayé un système de morale fondé sur le matérialisme pur et sur l'intérêt bien entendu: dans ce système, comme dans tout système matérialiste, le bien c'est le plaisir, le mal c'est la douleur; et on espère que cette notion du juste et de l'injuste n'exclut point le bonheur pour la masse du genre humain, en essayant de montrer que celui qui fait du bien aux autres hommes, qui se dévoue pour eux, entend bien l'intérêt de son propre bonheur, et se procure de douces sensations. Mais c'est là un sophisme insoutenable: il n'a pas fallu beaucoup de temps pour faire en justice. Un philosophe, homme de lettres, peut bien arranger ce qu'il veut sur le papier et créer une sorte d'utopie matérialiste; mais il ne détruit pas la nature des choses: or, il est dans la nature des choses que l'homme ne croie à d'autre réalité qu'à celle de son plaisir et de sa douleur, fasse tout pour avoir l'un et pour éviter l'autre. Il sera à jamais impossible de faire comprendre à celui qu'anime la passion que son intérêt bien entendu consiste à ne pas la satisfaire. Dire le contraire, c'est méconnaître l'homme, c'est renverser les notions les plus simples, les plus vulgaires de vertu, de vice, de passion, de plaisir, de douleur, etc. La notion de vertu impli-

que la subordination des penchants individuels à une règle qui ne peut se trouver dans le pur ordre de jouissance, puisque le désir de la jouissance, pris en soi, aspire à exclure tout ce qui limiterait la satisfaction des penchants individuels. Le système de morale d'Helvétius de l'intérêt bien entendu est donc une contradiction logique aussi bien qu'une impossibilité pratique. D'ailleurs, le fatalisme, qui est la conséquence forcée du matérialisme, ôtera à jamais à l'homme la puissance de résister à ses passions, quelles qu'en doivent être, pour les autres hommes, les conséquences. A quoi bon résister contre un besoin qui doit être nécessairement satisfait, et à la satisfaction duquel nous pousse l'impérieux attrait du plaisir? A quoi bon le dévouement à quoi que ce soit? et même le mot dévouement a-t-il un sens? La société, qu'est-ce? Une suite de phénomènes matériels, s'appelant de toute nécessité les uns les autres. Je ne sais quel philosophe a avancé que dans le monde physique il ne voyait, à vrai dire, ni beau ni laid. Avec la donnée matérialiste, il n'y a de même, dans le monde moral, ni beau ni laid; et l'homme qui épuise sa force et sa vie à exciter ses sens pour en tirer quelque jouissance nouvelle, et qui croit que la destination de l'homme est là toute entière, le *deditus ventri et infimæ parti corporis*, selon l'énergique expression de Salluste, n'est ni plus ni moins laid moralement que saint Vincent de Paul allant se mêler aux habitants des bagnes et prenant leurs chaînes pour les consoler, ou courant ramasser les petits enfants mourant de froid sur la neige. Oui, si tout dépend de l'organisation, de la stimulation accidentelle des organes, s'il n'y a plus de liberté, donc plus de notion du juste et de l'injuste, donc plus de beau ni de laid dans le monde moral, plus d'autre distinction entre Lacenaire et Franklin, si ce n'est qu'ils sont différents; s'il en est ainsi, chacun évitera sa douleur, cherchera son plaisir, non pas de la manière la mieux entendue, mais comme il l'entendra dans le moment; c'est-à-dire que la guerre est l'état naturel et nécessaire de l'homme, la force le seul droit, et la tyrannie la plus despotique le seul pouvoir, non pas légitime (rien ne l'est : ce mot n'a pas de sens), mais le seul pouvoir logique. Le matérialisme social suit nécessairement le matérialisme philosophique. Il n'est pas douteux pour nous que, si Broussais en avait eu le temps, il serait arrivé aux mêmes conséquences que Hobbes. Hobbes a établi que tous les individus ont droit à la jouissance; que ce droit est, de sa nature, illimité, puisqu'on ne pourrait le concevoir limité que par une loi morale qui ne dériverait pas des sensations, par conséquent chimérique. Tous ces droits illimités égaux de toutes parts étant en contradiction forcée, les hommes sont naturellement en état de guerre. Comment sortir de cet état de guerre? Il n'y a qu'un moyen : la soumission universelle et absolue à une force publique qui maintienne la paix. Quelle sera la règle de cette force publique? Hobbes ne l'a pas dit et ne pouvait, en effet, pas le dire : il n'y a pas de règle possible, c'est-à-dire que le despotisme le plus absolu et le plus cruel est la suite de la loi de jouissance. Nous croyons Hobbes parfaitement conséquent.

Croit-on qu'avec ces principes l'intelligence humaine puisse subsister; elle qui est faite pour la liberté et qui ne se plaît que dans la liberté, dans l'ordre, dans la paix, dans la vertu, qui ne s'étend, qui ne grandit que sous l'influence de ces principes octroyés par le ciel à la terre? Non : arrivé si bas, l'homme succombe; en d'autres termes, le système est absurde.

Broussais reconnaît franchement que le fatalisme est une conséquence du matérialisme : mais, pour lui, ceci est un fait et non une difficulté. Qu'est-ce, selon lui, que la liberté morale? Un mot. Ce mot est le *signe* d'un sentiment que nous avons réellement, lequel toutefois ne prouve point que nous soyons libres. — Mais si l'absence de liberté détruisait la morale? Notre philosophe ne fait pas de la morale : il voit dans l'homme des phénomènes qui varient avec le mode de l'excitation cérébrale; ces phénomènes dépendent donc de l'excitation cérébrale, ils ne dépendent donc que de cette excitation : le reste est vision, chimère. — Convenons qu'il y a au moins quelque avantage à ce qu'un matérialiste s'exprime ainsi!

H. Gouraud,
professeur agrégé de la Fac. de méd.

Il nous en coûte beaucoup de n'avoir pu absolument donner le premier article de la Revue chirurgicale à l'occasion de l'ouvrage de M. Vidal. Ces sortes d'articles sont très-longs et très-difficiles à faire. L.....

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie,
rue de Grenelle-St.-Honoré, 55.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 3. — SEPTEMBRE 1840.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Dans quelles espèces de fièvres le quinquina doit-il être employé? — Sous quelle forme, et à quelle dose (1)?

Il est peu de découvertes en matière médicale et en thérapeutique qui aient été plus importantes que celle du quinquina, végétal importé de l'Amérique en Europe, un peu après le milieu du dix-septième siècle; aussi n'est-il point de substance médicinale qui, plus que celle-ci, ait fourni matière à controverse, relativement à ses qualités spécifiques et à son emploi. Pouvait-il en être autrement dans un siècle où dominait encore la doctrine galénique, et où l'on ne connaissait d'autres matières médicales que celles de Dioscoride et de Mathiole?

Les uns vantèrent le quinquina comme le spécifique universel de toutes les fièvres; d'autres le décrièrent sans mesure et avec passion, et ces scandaleuses querelles ne provenaient que du défaut de connaissance des véritables propriétés de cette écorce et de son emploi empirique et sans discernement.

La chimie, encore dans son aurore, ne l'avait point soumise à l'analyse; ce n'est même que depuis dix-huit à vingt ans que les Fourcroy, les Vauquelin, les Brugnatelli, et le laborieux et savant Morabelli, en ont donné une complète; tandis que M. Zéa, en Espagne, et M. Alibert, à Paris, donnaient les notices les plus détaillées sur l'histoire naturelle des diverses espèces d'arbres qui fournissent cette écorce précieuse.

Nous avons lu avec peine, dans les écrits de l'illustre Baglivi, la dépréciation qu'il affectait du quinquina, tandis que son contemporain non moins célèbre, Lancisi, en faisait, dans les épidémies de Rome en 1702, 3 et 4, un usage judicieux et utile.

C'est à Torti, médecin de Modène, que nous devons les premières notions thérapeutiques raisonnées sur l'emploi de ce fébrifuge, et nous nous rappellerons toujours les règles qu'il nous a dictées dans son immortel ouvrage : *Therapeutices specialis ad febres intermittentes*, etc.

Les Anglais, et parmi eux Huxham, Lind, Sims, Home et surtout Grant, ont ajouté de nouvelles vues pratiques sur le quinquina. Cullen, malgré son pyrrhonisme, a été obligé de lui accorder les qualités qu'on lui reconnaît généralement.

Hufeland, Quarin, de Mertens, Franck et Hildebrandt en Allemagne; Coutanceaux, Alibert et autres médecins français, ont suivi les traces de ces premiers, et paraissent avoir fixé la doctrine thérapeutique de cette substance médicamenteuse, et les cas dans lesquels il convient de l'employer, ainsi que nous allons l'exposer.

Fièvre intermittente simple et légitime. — Les fièvres intermittentes simples, légitimes, et de tous les types qui paraissent à l'équinoxe du printems, présentent rarement l'indication de l'emploi du quinquina; elles cèdent plus facilement aux évacuants divers et à la diète. Cependant il est des cas où il convient de faire succéder à ces évacuants l'usage modéré du fébrifuge; si les malades sont d'un tempérament faible; si la fièvre, se prolongeant, débilite leurs forces; s'ils habitent des lieux marécageux, s'ils sont mal nourris et mal vêtus, et s'ils ont un travail énervant, il suffit alors de prescrire le quinquina, soit en poudre, soit infusé dans du vin, après que les premières voies ont été débarrassées, et seulement dans la période

(1) Les deux mémoires qu'on va lire sont extraits des manuscrits de M. Ozanam, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, enlevé à la science, il y a quelques années, par un accident funeste. Ces manuscrits ont été mis à notre disposition par son fils, et nous comptons y puiser d'autres matériaux précieux pour la médecine pratique. La date de ces travaux de l'auteur de *l'Histoire des épidémies* remonte un peu haut, mais l'intérêt nous en paraît toujours vivant. (N. D. R.)

d'intermittence, à doses plus ou moins rapprochées : une once ou une once et demie de cette écorce suffit ordinairement pour proscrire les retours fébriles.

Mais c'est dans les fièvres intermittentes qui se déclarent à l'équinoxe d'automne, principalement dans les lieux marécageux, tels que la Zélande, la Basse-Bretagne, les rizières immenses et paludeuses du Piémont et de la Lombardie, et sur les côtes infectes du Latium, que le quinquina est un remède héroïque lorsqu'il est employé judicieusement, et d'après les principes que Grant nous a tracés de sa main savante et expérimentée.

Ces fièvres s'annoncent ordinairement par un frisson très-vif, suivi d'une chaleur plus ou moins âcre et sèche, et le paroxysme se termine par une sueur profuse, et une prostration des forces plus ou moins marquée. A ces symptômes se joignent la céphalalgie, les douleurs articulaires, et parfois ceux gastriques, tels que les nausées, la cardialgie et les vomituritions bilieuses.

Il est convenable de porter d'abord l'attention sur les premières voies, car la saignée est rarement indiquée ; mais l'émétique et les évacuants le sont presque toujours. Ces préliminaires remplis, on passe au spécifique. Mais observons, avec Grant, qu'il ne convient point encore, tant que la bouche est mauvaise, qu'il y a des nausées, ou que les urines sont claires, pâles et sans sédiment, ce qui indique un état de crudité (pour nous servir d'une expression assez précise, quoique antique) de la maladie ; il faut donc insister sur les délayants et les évacuants, jusqu'à ce que les deux premiers signes disparaissent, et que les urines prennent cette teinte safranée, cette consistance bourbeuse et hypostatique qui annonce une coction ou résolution de l'humeur morbifiante ; c'est alors que le quinquina est utile, et sous forme pulvérulente à la dose d'une once, divisée en huit doses à prendre : la première deux heures après la terminaison du paroxysme fébrile, et les autres de trois heures en trois heures, plus ou moins, suivant le retour périodique de l'accès ; on double la dose si c'est une fièvre quarte, on la diminue si c'est une quotidienne.

Nous avons observé que le quinquina en poudre est plus efficace dans ces cas que sa décoction.

Si la poudre passe difficilement, on réfracte les doses, on la marie avec la crème de tartre ou la rhubarbe.

Si elle détermine au contraire une action purgative, on l'unit avec l'opium ou le laudanum.

Produit-elle des nausées, on la délaye dans un peu de vin, ou dans de l'eau de menthe ou de fleurs d'orange, avec quelques gouttes de liqueur anodine.

Veut-on ajouter à son action stimulante, le muriate d'ammoniaque, ou même un grain de tartrite antimonié de potasse par once, remplissent ce but, celui-ci perdant alors toute action émétique.

Si la poudre ne peut être tolérée d'aucune manière, une décoction de l'écorce concassée à la dose d'une once dans deux livres d'eau, faite à vaisseau clos et par une ébullition rapide, en y ajoutant un gros de sous-carbonate de potasse qui est très-efficace pour diviser les parties substantielles, sera employée avec fruit en en faisant prendre au malade une demi-tasse de deux heures en deux heures, ou à distances plus éloignées dans l'intervalle des rémissions ; on peut l'aromatiser avec la cannelle, la menthe, ou l'écorce de citron.

Si le sujet est faible et habitant ces pays malsains où le gaz hydrogène, dominant, absorbe l'oxygène si nécessaire au maintien de la vitalité, il serait plus convenable d'administrer le quinquina infusé dans du vin généreux, qui ajoute à l'action du fébrifuge. On y peut joindre demi-gros de muriate suroxygéné de potasse par bouteille, d'après les indications de feu M. Odier, de Genève.

Ordinairement une once et demie à deux onces suffisent pour le traitement de ces fièvres.

L'extrait et le sel essentiel de quinquina ne conviennent guère qu'à des enfants ou à des femmes dont le système gastrique est souvent faible et irritable.

Enfin la décoction en lavement peut être administrée avec quelque succès chez ces mêmes sujets, lorsqu'on ne peut vaincre leur répugnance à le prendre en poudre ou en boisson.

Carminati, Hufeland et quelques autres praticiens ont essayé d'employer l'extrait de quinquina délayé dans le suc gastrique, en frictions sur la région épigastrique, mais ils n'ont obtenu aucun résultat digne d'attention.

Il convient en général d'insister encore pendant quelques jours même après la disparition de la fièvre, sur l'usage du quinquina que l'on donne à doses modérées et décroissantes graduellement.

Intermittentes pernicieuses. — Avant Torti, la théorie de ces fièvres était encore enveloppée d'épais nuages, et la médecine empirique ne connaissait d'autres moyens pour les combattre que les stimulants, les cordiaux, les alexipharmaques, et tout ce chaos de formules dont on retrouve encore des traces dans l'Histoire de la fièvre pernicieuse épidémique de Leyde, par Sylvius de Le Boë.

L'illustre médecin de Modène débrouilla ce chaos obscur et jeta sur cette partie si importante le jour le plus lumineux. S'il avait eu autant d'orgueil que le moine Bazile Valentin, il eût pu, à plus juste titre que celui-ci n'avait fait pour l'antimoine, intituler son ouvrage *Currus triomphalis Chinconæ.*

Tous ceux qui ont écrit après lui, tels que Werloff et Alibert, n'ont fait que suivre ses traces, restreindre ou analyser ses observations et en ajouter quelques-unes. Mais la

méthode de traitement et les indications sont toujours restées telles que Torti les avait tracées.

Aucune fièvre n'est plus insidieuse que celle dont nous parlons, et s'il fallait rappeler ici toutes ses formes, ses symptômes et ses variétés, nous aurions un volume à écrire: nous nous en tiendrons à quelques généralités.

Quelquefois la fièvre pernicieuse débute sous l'apparence d'une fièvre tierce ou quotidienne simple, telle que dans l'épidémie de Bordeaux, fort bien décrite par le docteur Coutanceaux ; elle se masque ainsi sous cette forme insidieuse pendant un septénaire, nous nous laissons abuser par ces apparences mensongères, dès lors (et la raison nous l'indique) nous la regardons et nous la traitons comme une intermittente légitime ; mais tout-à-coup un paroxysme sévère se déclare avec les symptômes les plus imposants ; froid rigide ou glacial, chaleur âcre ou nulle suivie d'un signe alarmant tel que le délire, la somnolence, les vomissements énormes, l'épistaxis, la diarrhée accablante, la syncope; cet état pénible et inquiétant cesse, le calme reparaît et dure douze, quinze, dix-huit ou vingt heures. Bientôt un second paroxysme survient avec plus d'intensité que le premier, même phénoménologie, même terminaison, retour plus lent au calme pour renaître une troisième fois plus terrible encore, et le plus souvent se terminer par la mort.

Le premier paroxysme nous avertit de notre erreur ou plutôt de l'imposture de la maladie, et il nous presse de prendre les mesures les plus énergiques pour la combattre.

C'est donc à la chute de ce paroxysme, et sitôt que le calme est rétabli, que nous devons prescrire le quinquina donné d'une main généreuse et hardie ; c'est en poudre qu'il convient de l'administrer, seule ou modifiée selon les cas; il est indispensable que le malade en prenne au moins une once dans l'intervalle de la première intermittence, et il n'est pas moins utile de lui en administrer deux onces en décoction sous forme de clystère en deux ou trois fois. Les doses de la poudre doivent être prises au moins de trois en trois heures, jusqu'au retour du second paroxysme; dès qu'il se déclare, on cesse le quinquina, et l'on cherche à modérer l'effet des symptômes par quelques remèdes auxiliaires, suivant leur urgence et leur nature. Après ce second accès, on reprend l'usage du spécifique, et ainsi de suite jusqu'à la cessation absolue de la fièvre et des accidents qui l'accompagnent.

Dans l'intervalle des accès, on seconde l'action du quinquina, on soutient les forces vitales près de s'anéantir, par des boissons et des potions cordiales ; on marie la poudre péruvienne avec d'autres substances propres à prévenir les symptômes.

Ainsi on l'unit avec la valériane, le castoréum, le musc, les anti-spasmodiques, quand il s'agit d'apaiser l'irritabilité nerveuse.

On lui associe le laudanum dans la dyssenterie funeste, ou bien on l'anime avec la rhubarbe torréfiée, la magnésie, la teinture de roses rouges.

L'anti-émétique de Rivérius doit la précéder ou la suivre si une *émésie* se déclare avec vomissements énormes.

Le vin et les autres cordiaux ne sont pas négligés dans la prostration des forces, comme on l'a dit plus haut.

Enfin on insiste sur l'usage du spécifique de la manière que nous l'avons expliqué dans l'article précédent.

Fièvres, catarrhales, muqueuses, coqueluche et croup. — Les fièvres catarrhales mal jugées dégénèrent en une fièvre lente, hectique, ou laissent après elles un état de langueur et d'abattement ; elles exigent dès lors l'emploi du quinquina. Nous l'administrons rarement en poudre dans ce cas, mais plutôt en décoction à la dose de deux gros dans huit onces d'eau réduites à six onces par l'ébullition à prendre par demi-tasse dans les vingt-quatre heures;

Ou bien en extrait à la dose d'un demi-gros divisé en plusieurs prises, et enfin en sirop pour les enfants et les personnes délicates ; mais il faut leur en faire prendre au moins trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures, car ce sirop contient très-peu de substance extractive médicinale du quinquina, et elle se trouve de plus enveloppée dans beaucoup de matière saccharine.

Les fièvres muqueuses et les lentes nerveuses, arrivées à leur déclin, laissent aussi après elle une prostration des forces qui rend la convalescence longue et pénible: le quinquina en décoction, ou en infusion vineuse mitigée suivant les tempéraments, est le remède le plus approprié à cet état de faiblesse.

Nous savons tous de quel secours est pour notre art cette substance, lorsque les enfants sortent d'une coqueluche longue et violente, ou d'un croup qui a menacé leurs jours. Le sirop de quinquina, ou l'extrait délayé dans quelque eau aromatique et un peu de sucre, nous a toujours paru remplir parfaitement nos vues curatives.

Fièvres adynamiques. — Lorsque cette fièvre, parvenue à sa seconde période, se montre accompagnée de ces symptômes sévères et fâcheux de prostration des forces, de carpologie, de lipothymies, de somnolence, de décubitus gangréneux, de diarrhées colliquatives, etc., nous recourons au quinquina comme à l'ancre de miséricorde pour rappeler les forces vitales près de s'éteindre.

Mais l'état des forces digestives ne permet pas de l'employer en substance pulvérulente. Nous le prescrivons en décoction à prendre par cuillerée, seule ou unie aux cordiaux, aux anti-spasmodiques, suivant les indications.

Si le malade rebute cette formule, nous lui donnons l'extrait délayé comme aux en-

fants; ou bien le sel essentiel par grains, seu ou uni avec un peu de sucre.

Et enfin, s'il y a engourdissement ou paralysie des organes de la déglutition, nous appliquons la décoction en clystère.

Fièvres traumatiques, suppuratoires et gangréneuses. — Qui de nous n'a pas observé, dans ces dernières époques désastreuses, les fièvres malignes succéder aux blessures et aux grandes opérations chirurgicales, et qui de nous n'a pas éprouvé avec succès l'emploi de l'écorce péruvienne sous toutes les formes, mais surtout en poudre, en décoction et en clystères?

Lorsqu'à la suite d'un dépôt, d'un empyème ou d'une opération chirurgicale, se déclare une suppuration considérable avec une fièvre hectique, l'art a-t-il trouvé un moyen plus sûr pour combattre ces accidents funestes que le quinquina en décoction soutenu par un régime analeptique?

Lorsque les plaies menacent d'une gangrène déjà même commençante, lorsque l'angine, la péripneumonie et d'autres inflammations annoncent une dégénérescence gangreneuse, est-il de plus puissant remède pour la prévenir et la dissiper que le quinquina en décoction, en gargarisme, en extrait, en clystère, en applications locales ou topiques, sous les formes et aux doses que nous indiquent l'état de la maladie et la constitution du malade.

Fièvres exanthématiques et cacochymiques. — Certaines fièvres exanthématiques, telles que la rougeole et la scarlatine, mal jugées ou mal traitées, menacent souvent les enfants d'une leucophlegmasie ou d'une anasarque, ou d'une toux hectique; le sirop de quinquina employé après les évacuants redonne du ton au système lymphatique et fait disparaître ces symptômes.

Il en est de même des cacochymies, telles que le déclin des anasarques et autres rétentions lymphatiques ; le quinquina judicieusement prescrit ramène l'absorption et les systèmes à leur office.

Fièvres locales ou topiques. — Il est une espèce d'affection locale ou topique qui souvent attaque une partie de l'homme sans affecter les autres.

Ainsi la goutte, le rhumatisme chronique, la sciatique nerveuse si bien décrite par Cotuni, et ces attaques spuries de paralysies partielles ou de clonicisme qui succèdent à des apoplexies larvées ou avortées, ces migraines, etc., sont de ce genre.

Lorsqu'on observe dans ces affections une espèce de rémission, même obscure, on peut sans crainte leur opposer le quinquina en poudre ou en décoction, surtout lorsque le système gastrique et intestinal ne présente aucun état pathologique.

Fièvres gastriques simples.—Il est rare que ces fièvres exigent l'emploi du quinquina, il suffit de lire l'histoire des épidémies de Tecklembourg, par Fincke, et de Lausanne, par Tissot. Nous voyons que les évacuants, les délayans et surtout l'emploi généreux des acides sont les remèdes les plus convenables ; il n'y a donc que les cas de complications ataxiques ou adynamiques qui indiquent l'usage de ce végétal exotique.

C'est assez étendre le domaine pharmaceutique et thérapeutique de l'écorce précieuse que nous a donnée le Nouveau-Monde; terminons par quelques corollaires aphoristiques sur son emploi.

1° Le quinquina est en général inutile dans les fièvres intermittentes simples et légitimes du printemps, à moins qu'elles ne se prolongent trop chez des sujets faibles, mal nourris et habitant des lieux malsains et palustres.

2° Il est nécessaire pour guérir ces mêmes fièvres qui se déclarent en automne et qui sont accompagnées de prostration des forces.

Il est indispensable dans le cas où ces fièvres règnent dans des lieux marécageux et infects, où l'air abonde en gaz hydrogène.

3° Il est le seul remède spécifique des fièvres intermittentes pernicieuses, quels que soient leur type et les symptômes qui les accompagnent.

4° Il convient dans le déclin des fièvres catarrhales, muqueuses, ataxiques, de la coqueluche et du croup.

5° Il est indiqué dans la deuxième et troisième période des fièvres adynamiques, dans toutes les périodes des fièvres traumatiques, suppuratoires et gangréneuses;

Comme aussi sur la fin de quelques maladies exanthématiques mal jugées et dans les cacochylies.

6° Il est utile dans les fièvres locales ou topiques marquées par une rémission ou une intermission des symptômes qui les accompagnent.

7° Le quinquina doit, en général, être administré après les évacuations du tube intestinal, excepté dans les pernicieuses qui exigent l'emploi le plus prompt de ce médicament.

8° On ne doit prescrire le quinquina dans les fièvres intermittentes simples et légitimes que lorsque les nausées, les vomissements et l'amertume de la bouche sont dissipés, et que les urines présentent des signes de coction.

9° Enfin, le quinquina peut être administré dans toutes les affections fébriles, soit générales, soit locales, lorsqu'elles sont caractérisées par une intermittence assez marquée.

II. De la péripneumonie compliquée d'embarras gastrique. Quelle est sa durée, et quelles en sont les suites?

Considérations générales. — Si nous exceptons Hippocrate et Arétée, ce n'est point chez les anciens qu'il faut aller puiser des lumières pures et utiles sur les maladies compliquées : ce n'est qu'un chaos informe

de doctrine galénique dans lequel on ne trouve que saburres, saletés gastriques, humeurs putrides, alcalines, etc., système dégoûtant et paradoxal qui ne sert qu'à entraver la marche de la science.

Les lumières répandues sur cette partie par Bordeu et Bichat nous ont ouvert la vraie route dans laquelle nous devons diriger nos pas, pour parvenir à la connaissance exacte des maladies qui affectent principalement les systèmes séreux et muqueux; aidés par les observations des Stoll, des Tissot, des Borsieri, des Pinel, nous pourrons tracer ici l'esquisse de la maladie que nous avons à décrire.

Histoire de la maladie. — La péripneumonie simple ou légitime est une phlegmasie des membranes qui revêtent les poumons et qui pénètrent de toutes parts dans ce viscère. Elle s'étend parfois à la plèvre, aux bronches et au larynx. Elle se montre ordinairement à l'époque de l'équinoxe du printemps.

Mais la péripneumonie compliquée d'embarras gastrique, *peripneumonia notha*, *biliosa*, est à la fois une phlegmasie des membranes séreuses de la poitrine et muqueuses du système alimentaire. Elle se rencontre plus fréquemment à la suite d'un été brûlant et sec dont la constitution se change brusquement en une température froide et humide ainsi que l'a remarqué Hippocrate, observation confirmée par plus de vingt siècles d'expérience.

Cette maladie est plus commune dans les pays chauds et sujets aux variations atmosphériques, que sous les régions boréales; on en trouve plusieurs descriptions par Mercatus en Espagne, Zacutus en Portugal, Ghizzi, Borsieri et Franck en Italie. Nous connaissons aussi celles de Maximilien Stoll de Vienne, mais nous nous défions de l'ingénuité de ses épidémies, car il ne voyait partout que complications bilieuses et il étendit trop leur domination. Quarin, de Mertens, Tissot, nous en offrent de plus rationnelles.

La péripneumonie gastrique est sporadique, mais elle est le plus souvent épidémique, et s'il fallait en rapporter des exemples, nous n'en manquerions pas en rappelant celles de 1348 décrite par Gui de Chauliac et Gallus, de 1557 par Dodonæus, de 1580 par Forestus; celles que nous ont transmises Baillou, Sylvius de Le Boë, Sennert, Cornaro de Venise, et, dans des temps plus rapprochés, Huxham, Pringle, et celles qui en 1748 régnèrent par toute la France et dont Marteau d'Aumale, Maret de Dijon et Malouin de Paris nous ont donné d'excellentes descriptions.

Nous pourrions enfin avancer, d'après un grand nombre d'observations et surtout celles insérées par Maret dans les actes de l'académie de Dijon, que cette espèce de maladie prend parfois un caractère contagieux.

Symptomatologie. — Voulons-nous trouver une description claire et précise des symptômes des maladies, ne cherchons point d'autre modèle que le vieillard de Cos dans ses premier et troisième livres des épidémies. Lisons l'histoire de Pithyon et de Nicomède, pour apprendre la marche de l'affection gastrique. Ajoutons-y quelques observations de Forestus, de Stoll, et d'un petit nombre d'autres auteurs, et nous obtiendrons une monographie complète de la péripneumonie gastrique.

Invasion brusque pour l'ordinaire, frisson assez vif suivi d'une chaleur sèche, âcre et brûlante, paroxysme fébrile consécutif qui se détermine plutôt vers le soir, nuit inquiète, rêvasseries; le matin suivant, légère rémission; cependant le pouls est vibrant et tendu, avec lassitude dans les membres et les reins, les joues un peu animées, céphalalgie, légère oppression : — mais bientôt une toux sèche et fatigante se déclare, la langue est rouge, peu humectée, la soif considérable; sensation brûlante dans la poitrine et le plus souvent du côté gauche; l'oppression augmente, les yeux sont parfois injectés et ardents, surtout chez les sujets d'un tempérament pléthorique et sanguin, et, dès ce second jour ou le troisième au plus, se déclare une péripneumonie que tous ces symptômes annoncent légitime, d'autant plus que la toux ne tarde pas à provoquer une expectoration de matières limpides ou écumeuses striées de sang, et que les urines sont flammées et colorées.

Mais, vers le quatrième ou le cinquième jour, tout cet appareil change de face (nous parlons de la maladie considérée dans son état naturel et isolée de toute thérapeutique).

La maladie, masquée sous les apparences insidieuses de cette péripneumonie prétendue franche, présente dès lors une complication gastrique imposante.

Les yeux deviennent ternes, le regard triste, le visage perd sa rougeur et se teint d'un léger ictère qui peu à peu gagne tout le corps; la peau est sèche, la langue humide, mais recouverte d'un mucus épais et jaunâtre, le pouls moins dur, mais plus serré, plus fréquent, sentiment de pesanteur à la région épigastrique qui est douloureuse sous la main exploratrice; constipation, urines jaunes et claires peu abondantes; le ventre quelquefois légèrement météorisé, l'hypochondre droit un peu tuméfié et tendu, et même on observe assez souvent une douleur sourde latérale correspondant jusqu'à l'épaule de ce même côté.

La bouche devient amère, la soif diminue, nausées, et, sous les efforts de la toux, vomissements de matières bilieuses. La toux provoque aussi des crachats salivals, jaunes, érugineux et striés de sang. L'anxiété précordiale augmente d'une manière sensible ainsi que l'oppression de poitrine. La fièvre a pris le type d'une continue rémittente, mais

peu à peu ses rémissions s'obscurcissent et l'on observe toujours au coucher du soleil une exacerbation vespertine de tous les symptômes. Les nuits sont pénibles, la toux moleste et fréquente amène l'agrypnie et celle-ci provoque le délire ; c'est à peine si au lever de l'aurore on aperçoit quelque calme.

Telle est la marche de la maladie dans sa première période qu'elle parcourt plus ou moins rapidement.

La seconde s'annonce par une plus grande intensité des symptômes ; c'est alors que, dans les cas fâcheux, elle s'associe tous ces épiphénomènes d'ataxie et d'adynamie menaçantes ; c'est alors qu'on observe les anomalies du pouls, les urines crues et rares, les vomissements pénibles d'une bile amère porracée ou brune et rouillée, au milieu d'une toux acerbe et accablante ; un délire inquiet (car on voit rarement la somnolence), les jactitations continuelles, une oppression étouffante, une respiration courte, pressée et parfois nasale, les yeux larmoyants, la conjonctive injectée d'une couleur jaune, la physionomie décharnée, les lèvres sèches et brunes, les dents mousseuses ou sèches, la langue parcheminée pouvant à peine se mouvoir, la déglutition un peu difficile.

Des éruptions exanthématiques pétéchiales ou milliaires se présentent à la surface du col, des bras, de la poitrine, paraissent et disparaissent irrégulièrement. La région épigastrique est plus douloureuse encore, l'abdomen se météorise de plus en plus avec constipation opiniâtre ou déjections séreuses, colliquatives et involontaires ; les urines se suppriment ou coulent de même involontairement, la toux devient plus sèche, les nausées et les vomituritions se suppriment; alors des mouvements convulsifs se manifestent dans les tendons du carpe (carpologie), la voix devient aphone, les yeux vitreux, le larynx se paralyse, le pouls est faible et très-vite, la respiration stertoreuse, des sueurs visqueuses et partielles couvrent le front, la poitrine, l'abdomen; les extrémités deviennent froides, et la mort vient terminer cette scène luctueuse.

Quelquefois les douleurs de la poitrine et de l'estomac cessent subitement, la face devient hippocratique, les déjections alvines noires répandent une odeur cadavéreuse, symptômes terribles, avant-coureurs d'une mort prochaine, et signes funestes de la gangrène et du sphacèle de ces viscères.

Mais, si la maladie doit tourner à bien, la seconde période s'annonce par une expectoration plus abondante et plus facile de matières visqueuses, épaisses, jaunâtres, d'où le sang disparaît. Les vomituritions bilieuses se calment, et par une métastase heureuse le tube intestinal devient le siége en partie de l'affection morbide ; dès lors diarrhée mucoso-bilieuse, abondante, sans ténesme ; le ventre s'amollit, la région hépatique s'abaisse, la peau devient vaporeuse, présage heureux d'une détente favorable. Le malade peut reposer quelques heures d'un sommeil restaurant, la toux étant plus apprivoisée et plus humide ; les urines coulent chargées d'un sédiment épais et jaunâtre.

Si la diarrhée continue, les sueurs sont moins considérables, mais soutenues; si elle se modère, les sueurs sont alors plus copieuses, profuses et fétides; la toux et l'expectoration diminuent graduellement, ainsi que la couleur ictérique répandue sur la périphérie du système dermoïde; c'est la troisième période ou celle du déclin; la maladie se juge, et la convalescence ne tarde pas à se déclarer.

Il arrive quelquefois néanmoins qu'une erreur de régime, un traitement nul ou irrationnel ou quelque autre circonstance individuelle fait avorter pour ainsi dire la marche régulière et progressive de la maladie; dès-lors plus de crises judicatoires, marche obscure, anomale et irrégulière des symptômes et l'on voit arriver la fin du second et du troisième septénaire sans aucune détermination ; mais le plus souvent à cette époque, un sentiment obscur de pesanteur à la poitrine y remplace la douleur pongitive; une toux petite et sèche avec oppression, pouls intermittent et irrégulier, œdème des mains et des bras, et fébricules quotidiennes avec des exacerbations vespertines, annoncent une suppuration viscérale ; mais si à ces symptômes viennent s'associer l'œdème des extrémités inférieures, celui du scrotum chez les hommes, la difficulté de se coucher sur le côté ou la tête basse, la diminution ou la suppression des urines, on peut présumer le passage à l'hydrothorax. Nous voyons encore la maladie dégénérer en ascite, en anasarque, en ictère; quelquefois aussi une éruption scabieuse ou furonculeuse vient la juger favorablement.

L'autopsie cadavérique montre ordinairement la phlogose du larynx, du pharynx, de la trachée, des bronches, des poumons, les membranes thorachiques injectées d'une couleur jaune; des épanchements séreux dans ces cavités et dans le péricarde, l'estomac portant des traces d'une phlegmasie presque érysipélateuse ou fausse, les intestins participant à ce désordre, leurs vaisseaux sanguins injectés, ceux lactés et lymphatiques pleins d'une humeur jaunâtre, le foie engorgé, la vésicule du fiel tantôt pleine d'une bile informe et tantôt contenant à peine une cuillerée à café d'un liquide noirâtre que l'on retrouve aussi dans le duodénum.

Il n'est pas rare aussi de trouver les méninges du cerveau injectées si la toux a été violente ainsi que le délire, et le sujet pléthorique, et la même couleur jaune répandue dans le tissu réticulaire de ces membranes et même dans les ventricules.

Enfin le sphacèle du poumon et de l'estomac accompagné de la boursouflure des intestins et du colon surtout qui est distendu par des gaz délétères, nous présentent les résultats terribles de la marche précipitée de

la maladie et les tristes preuves de l'impuissance de notre art dans ces cas déplorables !

Quelles sont les causes de cette maladie? Faut-il l'attribuer à l'influence de la constitution atmosphérique? en accuserons-nous la pénurie des denrées, la mauvaise qualité de la nourriture, la misère, l'abus des six choses dites si improprement non naturelles? Faut-il parler de la putridité des humeurs? Nous convenons que la cause prochaine existe dans la phlegmasie des membranes muqueuses et séreuses des viscères affectés et dans une complication gastrique occasionnée par la dégénérescence ou l'aberration des fluides. Mais est-ce une sécrétion morbide de ces fluides altérés qui cause la maladie, ou cette cause est-elle due à une irritation des viscères thorachique et abdominaux qui produit ensuite l'altération de la nature et de la propriété de leurs fluides? C'est ce qu'il est difficile de décider. Nous sommes trop novices encore dans la théorie des secrets de la nature pour prononcer sur cette question importante : trop heureux de pouvoir saisir les causes secondaires, suivre leurs effets et y remédier à temps!

Durée de la maladie.—Vouloir déterminer d'une manière précise la durée d'une maladie, ne serait-ce pas prétendre commander à la nature, tandis que c'est en l'observant et en lui obéissant que nous pouvons quelquefois reconnaître quelques-unes de ses lois, et la dompter dans ses écarts. Aussi Baglivi disait-il avec raison : *Medicus naturæ minister ac interpres, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat.*

La durée de cette maladie est en général assez incertaine; nous savons qu'elle se juge rarement avant le septième jour, assez souvent au neuvième, mais plus fréquement du onzième au quatorzième ; elle peut aussi se prolonger au troisième et au quatrième septénaire. On la vit en 1348 emporter les malades dès le second jour; en 1580, elle fit mourir plus de dix mille personnes à Rome, et la mort arrivait du troisième au cinquième jour. Elle y décima les savants rassemblés pour la réforme du calendrier Grégorien.

La constitution des saisons, celle des tempéraments, des individus; le régime, la méthode de traitement et mille autres circonstances influent sur la durée et la terminaison des maladies à périodes indéterminées, bien différentes de celles à périodes fixes, telles que celles exanthématiques.

Nous poserons seulement ici pour axiomes généraux : que la péripneumonie gastrique régulière se juge rarement le cinquième jour, parfois le septième, plus souvent le neuvième et onzième jour.

Mais elle peut se prolonger jusqu'au delà du troisième septénaire, lorsque ses crises sont incomplètes, ou que le traitement a été défectueux.

Crises. — Les mouvements désordonnés des différents systèmes compromis dans la maladie, et qui ont lieu avant le cinquième jour, ne sont que l'effet du trouble et de l'aberration des fluides morbifiques; ainsi l'expectoration salivale et écumeuse, les vomituritions, les urines rouges, les diarrhées séreuses, les sueurs partielles et colliquatives, et les éruptions exanthématiques récurrentes ou fixes sont loin d'être des signes critiques, non plus que les hémorrhagies passives.

Mais lorsque du septième au neuvième jour nous apercevons une toux plus modérée suivie d'une expectoration facile de matières visqueuses, jaunes, épaisses; lorsqu'une diarrhée bilieuse, muqueuse, fétide, abondante, volontaire, détend le système abdominal, fait cesser le délire et la céphalalgie; lorsqu'une épistaxis copieuse ou un flux modéré des hémorrhoïdes ont lieu chez des sujets sanguins; sans abattre les forces, lorsque des urines troubles, épaisses, sédimenteuses coulent avec abondance et hypostase, ou bien qu'une sueur chaude, fétide, profuse et soutenue, se répand sur tout le corps, dès lors nous regardons ces phénomènes comme autant de crises favorables.

Mais si les vomissements continuent avec une toux sèche véhémente, quelques crachats écumeux et rouillés, oppression étouffante, douleurs précordiales et gastriques aiguës, tension abdominale, suppression des urines, yeux fuligineux, langue aride et autres symptômes adynamiques, dès-lors le pronostic ne peut être que peu consolant et même funeste, surtout si les douleurs disparaissent subitement avec diarrhée colliquative cadavéreuse, convulsions et froid des extrémités, etc.

Traitement. — Nous avons remarqué un *consensus* (pour nous exprimer ainsi) chez tous les auteurs qui ont parlé de cette maladie, sur le mode de traitement qui lui convient.

Tous recommandent d'être très-prudent sur l'emploi de la saignée qu'on ne doit guère pratiquer que du premier au troisième jour au plus de la maladie : plus tard, elle provoque une funeste prostration des forces.

Quelques-uns vantent l'effet salutaire des saignées locales par les sangsues ou les ventouses scarifiées.

Tous conviennent aussi de l'efficacité de l'émétique à doses modérées employé après l'évacuation sanguine.

On tâche ensuite d'appeler l'effet morbide sur le tube intestinal par le tartrite antimonié de potasse en lavage, les boissons délayantes, le tamarin, les clystères lénitifs, les fomentations sur l'abdomen.

On opère une diversion en attirant sur le système dermoïde le point d'irritation au moyen des rubéfiants ou des vésicatoires appliqués sur le lieu de la douleur.

On modère la toux, on facilite l'expectoration par les loochs kermétisés dont nous connaissons tous les effets bienfaisants.

On tempère aussi les symptômes alarmants, tels que le délire, par les vésicatoires à la nuque et aux jambes; ces derniers pourront modérer l'oppression de poitrine par le consensus qui existe entre cette partie et les extrémités inférieures.

Nous connaissons aussi les remèdes à opposer aux états d'ataxie et d'adynamie qui peuvent se présenter, et il est inutile de reproduire ici les prescriptions du musc, du camphre, du quinquina, etc.

En général, les délayants et les laxatifs conviennent plus particulièrement dans les cas où l'affection gastrique domine, et notre attention doit se porter plus particulièrement sur la poitrine lorsque la péripneumonie est plus caractérisée, et dans leur combinaison égale, nous devons recourir aussi à la combinaison des moyens que nous venons d'établir.

Quant aux conséquences, telles que l'hydrothorax, l'ascite, la jaunisse, la fièvre lente hectique, leur traitement doit être approprié à chacune d'elles.

Enfin le régime à prescrire dans la convalescence est une diète saine, légère, analeptique, conforme au tempérament, au sexe, à l'âge, à la constitution, et à la méthode de vie ordinaire des malades.

Le traitement des malades dans les hospices doit être toujours simple et combiné avec un système d'économie qui n'influe en rien sur la maladie ; on peut sans conséquence bannir bien des sirops insignifiants, ces loochs réservés à l'opulence, ces électuaires monstrueux et ces vins étrangers la plupart adultérés; que l'on remplace facilement par ceux généreux du pays.

Tel est l'exposé que nous a suggéré l'état de nos connaissances médicales.

J.-A.-F. OZANAM,

ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

III. Aphorismes de chirurgie pratique, tirés des leçons orales de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu.

1. Toutes les fractures, quelque simples qu'elles soient, sont accompagnées d'inflammation autour des extrémités osseuses.

2. En général, la gravité des fractures n'est pas proportionnée au nombre des os fracturés. Les accidents sont relativement moins graves dans les fractures multiples existant chez un même individu, que si ces fractures existaient séparément chez plusieurs.

3. Quand le tibia et le péroné sont fracturés en même temps, jamais ils ne le sont vers le même point.

4. Aucune fracture de rotule ne peut être réunie par un cal définitif, qu'après quatre-vingts jours. Le cal provisoire qui a lieu au bout de trente jours dans les autres fractures ne suffit pas ici.

5. Toutes les fois qu'après quarante ou cinquante jours du traitement d'une fracture, le cal devient douloureux, il est près de céder ou il a cédé, et le membre doit se déformer.

6. Les luxations des phalanges sont ordinairement très-difficiles à réduire, beaucoup plus que celles des grandes articulations. La cause peut en être dans la non-déchirure des ligaments latéraux; mais Dupuytren avait reconnu que c'était surtout le déplacement des tendons, leur sortie des coulisses où ils glissent, qui s'opposait à cette réduction.

7. Les hernies congénitales offrent une disposition particulière dans le siége de leur étranglement; c'est qu'il existe le plus souvent à l'orifice du collet du sac herniaire, et non à l'anneau. Wilmer le dit; et M. Alanson dit aussi que presque tous les cas où il a rencontré l'étranglement au collet du sac étaient des hernies congénitales.

8. Quand la hernie est étranglée à l'orifice inférieur du canal inguinal, ce canal est vide. Quand il est plein, l'étranglement existe à l'orifice du collet du sac herniaire.

9. L'étranglement à l'orifice du sac herniaire est très-commun, tandis que l'étranglement par l'orifice de l'anneau est une chose rare; cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs.

10. L'observation apprend que les hernies crurales sont beaucoup plus difficiles à réduire que les hernies inguinales.

11. Selon Dupuytren, on ne doit pas différer d'opérer une hernie, quand on a la conviction qu'elle ne pourra être réduite.

12. Quand une tumeur herniaire contient de l'épiploon seulement, on peut beaucoup plus différer l'opération que quand elle est intestinale.

13. Dans le cas où l'intestin est compris dans une hernie depuis trois jours, les vomissements ne sont plus bilieux, ils sont stercoraux.

14. Dans le cas de hernie, toutes les fois que les vomissements cessent pendant l'inflammation, ils cessent parce que la gangrène s'est emparée de l'intestin.

15. Il n'en est pas des anus contre nature qui résultent de la chute de petites escarres, comme de ceux qui sont produits par la destruction d'une anse d'intestin : ces derniers sont permanents; les premiers ne sont que temporaires, et guérissent même en huit, dix, quinze ou trente jours.

16. Il n'est pas d'individus plus insouciants, plus apathiques que ceux affectés de maladies des voies urinaires. Cette remarque générale s'offrait souvent à l'Hôtel-Dieu.

17. Dans les rétentions d'urine, si l'on ne sonde pas le malade, la vessie se distend, ses parois s'enflamment; l'inflammation s'étend au péritoine, et le malade succombe.

18. Dupuytren remarquait que, dans la saison froide, quand le thermomètre descend à quatre, cinq ou six degrés au dessous de

zéro, les malades qui portent des sondes sont plus mal, et plus disposés à la péritonite.

19. Rien de plus difficile que de guérir radicalement une maladie de l'urèthre, tenant à une stricture très-grande. Après que le canal a été élargi par l'emploi prolongé de la sonde, il tend toujours à se rétrécir, et la maladie récidive. C'est alors que la cautérisation devient utile parce que l'on obtient par ce moyen une cicatrice *moulée* sur la sonde.

20. Il est des cas où la sonde introduite et maintenue dans l'urèthre, au lieu d'être un moyen de guérison, y devient un obstacle : M. Dupuytren citait des exemples de fistules urinaires guéries par la seule cessation de la sonde.

21. Dans les hydrocèles de la tunique vaginale le testicule n'est pas toujours atrophié, comme l'ont avancé quelques auteurs, entre autres le professeur Lassus, dans sa médecine opératoire.

22. A la suite de l'opération de l'hydrocèle par injection, il survient quelquefois des accidents tétaniques; ces accidents s'observent plus souvent dans les climats chauds que dans nos climats tempérés.

23. Il n'y a aucun organe dont le gonflement inflammatoire se guérisse plus facilement que celui du testicule, par les applications de sangsues : mais il faut que l'engorgement soit inflammatoire, et non chronique.

24. Il n'est pas prudent d'opérer le phimosis, d'inciser le prépuce, quand il existe un écoulement, parce qu'il est d'observation que la plaie dégénère.

25. Il est constant que dans tous les cas d'affection au col de l'utérus, la lèvre postérieure du museau de tanche est plus affectée que la lèvre antérieure.

26. Le catarrhe vésical muqueux et le purulent s'observent souvent. On les voit fréquemment passer de l'un à l'autre.

27. Quand un malade a une rétention d'urine qui met sa vie en danger, on doit le sonder. Mais quand il n'y a que de la difficulté ou dysurie, il y aurait de la témérité ou de la folie à vouloir aussitôt sonder le malade avec violence, avec effort; il faut alors seulement introduire des bougies.

28. Toutes les maladies qui résultent du rétrécissement de l'urèthre sont toujours le produit de gonorrhées antérieures. Le jet de l'urine diminue par degrés, ainsi que la force de ce jet; puis l'urine ne sort plus que goutte à goutte ; enfin, il y a rétention complète. Il survient des callosités dans toute l'étendue du canal; des crevasses se forment derrière l'obstacle ; le périnée se distend par l'urine qui s'y infiltre ; et c'est alors que l'on est obligé de pratiquer à cet endroit de profondes incisions, et de faire porter des sondes aux malades.

29. On remarque que plus les individus offrent de résistance aux accidents dans les maladies chirurgicales, et plus ceux-ci prennent d'intensité.

30. Les saignements par l'oreille avec résolution des sens relatifs à l'entendement ou au cerveau, annoncent toujours une fracture à la base du crâne.

31. Le hoquet, dans les maladies, n'est ordinairement qu'un symptôme nerveux. Le frisson est plus dangereux ; il est toujours le symptôme d'une affection interne.

32. Un état de constipation opiniâtre est l'état le plus voisin du dévoiement.

33. Les malades affectés de brûlures considérables sont presque toujours pris de constipation opiniâtre: on ne doit pas chercher trop tôt à y remédier, car elle n'a pas de grands inconvénients ; et quand on la fait cesser, un dévoiement funeste lui succède.

34. On voit quelquefois des individus affectés de brûlures très-larges, succomber en peu de temps à des accidents tétaniques.

35. La plupart des individus qui succombent à des brûlures de la surface du corps ont ordinairement la membrane interne de l'estomac et du tube intestinal très-rouge. Il faut donc, pendant leur vie, veiller attentivement à ces parties.

36. Le délire accompagne très-souvent les érysipèles de la face, plutôt que ceux des autres parties.

37. Presque toujours, les chutes sur le coude, lorsqu'elles sont accompagnées de plaie, sont suivies de phlegmon érysipélateux à l'avant-bras et à la main.

38. Le laudanum donné en injection par le rectum est un excellent moyen à employer contre le délire accidentel et passager qui accompagne si souvent les maladies chirurgicales.

39. Il est des inflammations internes qui échappent à la sensation du malade et à l'attention du médecin. C'est pour celui-ci comme si elles n'existaient pas. Mais il n'en est pas de même pour le malade; car, au bout d'un certain temps, cette inflammation latente, ignorée, fait explosion et enlève rapidement le malade.

40. Une chose digne de remarque, c'est que du sang et du pus versés dans le canal intestinal y excitent de vives contractions, des coliques violentes, tandis que la bile, liquide fort irritant, y coule sans inconvénient et y sollicite seulement de douces contractions. C'est que la bile a été faite pour l'intestin ou l'intestin pour la bile; tandis que le sang et le pus, en contact avec cette partie pour laquelle ils n'ont pas été faits, y deviennent causes d'irritation et obligent l'intestin à se contracter fortement et à les expulser.

41. Dans les commotions du cerveau, le traitement doit être : 1° déplétif du système sanguin; 2° révulsif sur le canal intestinal; 3° dérivatif sur la peau.

42. En général, dans les cas d'affection au cerveau, les purgatifs perdent de leurs vertus sur le canal intestinal. On administre quelquefois sept à huit grains d'émétique ou cinq à six onces de sel de Glauber, sans obtenir

aucun résultat. Dans ces cas, les purgatifs huileux réussissent bien.

43. Très-communément les plaies de l'oreille, surtout celles qu'on a été obligé de comprimer crainte d'hémorrhagie, sont suivies d'érysipèle.

44. Il existe certaines diathèses inflammatoires individuelles qui font que deux, trois, quatre, cinq inflammations se développent simultanément ou successivement chez le même malade.

45. Les inflammations se propagent d'une manière rapide et étonnante au moyen du tissu cellulaire. On voit des abcès commençant au doigt, s'étendre, en peu de jours, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule.

46. Rien n'est si commun que de voir les membranes séreuses s'enflammer simultanément, comme après l'opération de la hernie, etc.

47. Rien n'est plus dangereux que la suppuration qui s'empare de tout le tissu cellulaire d'un membre.

48. La longueur plus ou moins grande du caillot, après la ligature d'une artère, et l'étendue plus ou moins grande aussi de l'inflammation adhésive qui survient aux parois du vaisseau, influent sur l'absence ou sur la présence d'hémorrhagies.

49. Dupuytren avait remarqué que les glandes lymphatiques placées au-devant d'une ligature se réduisent, au bout de quelques jours, à rien ou presque rien.

50. Une chose remarquable, c'est que, chez certains individus, à la suite de l'opération de la taille ou autre, on observe souvent des abcès dans le mollet. On ne peut expliquer ce fait, mais il est constant et digne d'observation.

51. Les abcès formés dans certains plis de nos parties sont toujours longs à guérir. Le pus qu'ils fournissent a une mauvaise odeur, et s'y trouve toujours en grande quantité. La cicatrice présente souvent des brides, de la défectuosité, etc.

52. A la suite des amputations des membres, il survient souvent des affections de poitrine. Il est utile alors d'appliquer immédiatement un vésicatoire pour produire une dérivation.

53. Les exostoses syphilitiques ne disparaissent pas toujours, quoique la cause qui les a déterminées soit entièrement détruite.

54. On ne voit jamais d'ulcères anciens appliqués aux os, sans que leur nutrition ne soit altérée ou accrue. Ainsi, il y a toujours gonflement aux os.

55 M. Dupuytren est le premier anatomiste qui ait constaté que la mâchoire inférieure est toujours beaucoup moins développée chez la femme que chez l'homme.

56. Rien n'est aussi difficile à guérir que la paralysie du bras, qui survient quelquefois à la suite de la luxation de la tête de l'humérus. C'en est même une des suites les plus fâcheuses pour les malades, et désagréables pour les gens de l'art. Cette paralysie résulte du tiraillement, de la distension, de la compression des nerfs qui forment le plexus brachial. On y oppose les frictions avec les huiles aromatiques, avec la teinture de cantharides, les vésicatoires, les douches de Barèges, etc.; mais souvent inutilement.

57. Dupuytren avait observé que toutes les fibres qui se trouvent placées au voisinage d'une grande désorganisation se coupent avec une grande facilité. C'est ce qu'on remarque dans les amputations pratiquées pour des attritions, des écrasements de membres, etc.

58. C'est une chose bien digne de remarque et bien constante, que les maladies de la partie supérieure du fémur se font sentir au genou; et que celles de l'articulation supérieure de l'humérus se font sentir au coude.

59. Le passage subit de la flexion des doigts à leur extension est souvent suivi de la gangrène de ces doigts. Il ne faut les ramener que lentement à l'extension, quand une cicatrice vicieuse en ayant produit le rapprochement à la suite de brûlures, on a coupé ou fendu la bride. Il faut bien se garder d'exciser cette dernière, comme on le pratiquait autrefois.

60. Rien n'est plus difficile à guérir que les ulcérations situées entre les orteils : ce qui tient au séjour de la suppuration, au mélange de la matière de la transpiration, et au contact habituel des surfaces ulcérées.

61. La carie à la crête de l'os des îles est une cause assez commune d'abcès symptomatiques à la région lombaire ou sacrée.

62. De toutes les caries, les plus dangereuses sont celles du sternum: car, quand une fois elles ont atteint le tissu spongieux de l'os, elles donnent lieu à des fusées de pus, à des abcès et à la mort des malades.

63. La suppuration sous le cuir chevelu est un des accidents les plus graves des plaies de tête. A mesure qu'elle augmente, le péricrâne est décollé, altéré, détruit; les os du crâne se nécrosent; la dure-mère s'enflamme; le pus accumulé produit les accidents de la compression et détermine alors la mort du malade.

64. La substitution de la sérosité au pus dans les foyers purulents est en général d'un bon augure : elle annonce toujours la fin de la suppuration.

65. Toutes les fois qu'on voit le pus se coaguler au simple contact de l'air, se concréter comme une matière *suifeuse*, on peut conclure que l'inflammation est de bonne nature.

66. Les individus qui ont une péritonite ont presque toujours les membres ramassés et le corps demi-fléchi.

67. Ce qui rend la consolidation des fractures de rotule difficile, c'est que le tissu fibreux qui doit se prêter à la formation du cal définitif n'existe qu'à la partie antérieure de cet os, et non à sa face postérieure.

Le col du fémur est à peu près dans le même cas.

68. Presque toujours les incisions pratiquées dans les parties infiltrées sont suivies de gangrène, et de gangrène très-rapide.

69. Le muscle ne prend la texture graisseuse que quand il cesse d'exécuter des mouvements. A quelque degré de dégénération que soit parvenu un muscle, aussitôt que la maladie a cessé et que les mouvements s'exécutent, ce muscle reprend bientôt sa nature fibrillaire et charnue.

70. Il est des individus tellement susceptibles de l'action du mercure, qu'ils salivent très-abondamment à la suite de quelques légères frictions. Il en est d'autres que l'on frictionnerait pendant un mois, six mois, un an même, sans qu'il survienne de salivation. Dans ces cas, il est toujours prudent d'interroger la sensibilité du sujet, afin d'y proportionner la dose de l'onguent mercuriel double, et afin aussi de s'éviter des reproches de la part des malades.

71. La péritonite qui s'unit à la tympanite guérit plus souvent que la péritonite aiguë sans tympanite.

72. La ponction de l'hydrocèle n'est presque jamais suivie d'accidents. Celle de l'hématocèle en est souvent accompagnée; quelquefois même, dans ce cas, les accidents sont assez violents pour entraîner la mort des malades.

73. Quand les parties sont enflammées, elles cèdent facilement sous les ligatures. Quand elles ne le sont pas, elles résistent comme le tissu cellulaire.

74. On voit souvent les abcès à la marge de l'anus ou au périné être le symptôme de la phthisie pulmonaire.

75. Chez les phthisiques, il faut bien se garder d'opérer la fistule à l'anus : car, lorsqu'on l'opère, la maladie de poitrine fait des progrès.

76. Quand, à la suite d'une opération sur le bas-ventre, un malade se plaint d'oppression, d'étouffement, de douleur derrière le sternum, qu'il rapporte, lui, à l'estomac, tout porte à croire qu'il existe une péritonite. De même aussi la contraction des parois abdominales est un signe certain d'inflammation au péritoine ou à l'intestin.

77. On voit dans les hôpitaux des malades affectés d'abcès successivement dans presque toutes les parties du corps, sans inflammation locale ni générale préalable. C'est bien là une preuve de *diathèse purulente*. On pourrait dire que du pus peut se faire sans inflammation !

78. M. Dupuytren faisait remarquer que l'érysipèle qui s'étend à toute la face dorsale du pied est toujours à redouter, parce que, se terminant par suppuration, il en résulte le décollement de la peau, la dénudation et l'exfoliation des tendons.

79. Quand une inflammation survient dans un tissu sain, elle parcourt ses périodes et tombe. Mais quand elle arrive dans un tissu malade, elle passe à un état chronique et entraîne des désordres interminables.

80. Les inflammations déterminent quelquefois des altérations de la cornée, quelquefois des altérations de la sclérotique ; plusieurs altérations successives viennent ajouter à l'altération organique des parties, et produisent le carcinome de l'œil, ou sa dégénération organique cancéreuse.

81. C'est presque toujours dans la membrane cristalline que se forme la cataracte chez les jeunes sujets. Chose remarquable, chez les vieillards c'est le corps même du cristallin qui est cataracté. Cette observation est due à Dupuytren.

82. C'est une chose connue de tous les praticiens, que tous les abcès auxquels donne lieu la petite vérole existent entre le périoste et l'os, avec *gonflement de l'os, puis formation de séquestre :* mais, dans le plus grand nombre des cas, cette cause produit seulement un *gonflement de l'os avec dénudation.* On confond souvent ces deux cas qu'il est important de distinguer.

83. Toutes les fois qu'on voit se produire sous forme chronique une inflammation violacée du bout des doigts; toutes les fois qu'à la suite des incisions faites il survient un gonflement et une tension considérables, avec étranglement, des ouvertures fistuleuses, etc., nul doute qu'il n'existe une nécrose des tendons, et que leur exfoliation doit se faire; ils sont tout-à-fait désorganisés, et sortent par portions plus ou moins longues. Après leur sortie, les fistules se ferment, la tension inflammatoire se dissipe peu à peu, et l'on voit le doigt reprendre son état naturel.

84. L'érysipèle ambulant se termine ordinairement par des abcès. Ces abcès se forment presque sans douleur et comme à l'insu des malades. C'est une image de ce qui se passe quelquefois à l'intérieur : des inflammations internes naissent, croissent, se développent et se terminent par suppuration, sans qu'il se manifeste de douleur, de fièvre, ni même quelquefois aucun symptôme extérieur.

85. Dupuytren a observé le premier que les extrémités articulaires sont susceptibles de perdre leurs cartilages et la synoviale, sans être frappées de carie : les surfaces osseuses correspondantes se raient, prennent le caractère *éburné*.

86. On confond souvent (en ville), disait Dupuytren, les fractures diverses qui affectent l'avant-bras. Cependant il est essentiel de les distinguer pour le traitement et ses suites. La fracture la plus fréquente de cette partie du membre supérieur est celle du radius ; vient ensuite celle des deux os de l'avant-bras; et, enfin, la plus rare est celle du cubitus. Les fractures suivent cette gradation à l'avant-bras. Il faut toujours avoir l'attention de placer deux compresses graduées sur chaque face, palmaire et dorsale, de l'avant-bras, des attelles et une bande

roulée : Ce bandage a l'avantage de tenir les deux fragments écartés et de conserver l'espace inter-osseux.

87. Il existe plusieurs effets résultant de la chute sur les pieds. Premier effet, chute sur la pointe du pied : fracture de plusieurs têtes des os métatarsiens; deuxième effet, chute sur les talons, écrasement, broiement du calcanéum ; troisième effet, rupture ou déchirure de la voûte du pied, par suite de rupture des ligaments; les malades sont alors exposés à avoir le *pied-plat;* quatrième effet, déplacement de l'astragale; cinquième effet, écrasement des extrémités des os qui forment l'articulation de la jambe avec le pied.

88. La fracture de la partie supérieure du péroné est toujours une fracture *directe*, et *jamais par contre-coup*, comme le disait Pouteau. A la suite de cette sorte de fracture, les malades peuvent marcher. Elle diffère beaucoup de la fracture de la partie inférieure de l'os, par la cause, par le déplacement qui n'existe pas, et par le traitement qui se borne au repos.

89. Beaucoup de praticiens prennent la fracture de l'extrémité inférieure du radius pour la luxation du carpe en arrière, et la maladie est ainsi méconnue pendant toute la durée de la formation du cal. Alors on remarque : saillie du carpe en arrière, et du radius en avant ; saillie du cubitus vers le côté externe de l'avant-bras; enfoncement du radius *comme par un coup de hache;* effacement de l'espace inter-osseux si nécessaire aux mouvements de rotation !

90. Il est une espèce de luxation de l'humérus fort difficile à réduire, c'est celle en dedans et en haut, produite ordinairement par une chute dans un escalier. Le déplacement a une étendue considérable : la tête de l'humérus touche la clavicule; elle se trouve au-dessus du niveau de l'apophyse coracoïde. Dupuytren a déterminé, par des expériences cadavériques, que le principal obstacle à la réduction, c'est que le bec coracoïdien s'engage souvent dans l'épaisseur de quelque tendon ou muscle, et alors aucun effort mécanique ne peut surmonter la résistance.

Il est très-remarquable que les fractures de la malléole interne, celles de la malléole externe et de l'olécrâne, ainsi que les fractures longitudinales de la rotule, se consolident très-bien et en fort peu de temps, tandis que celles du col du fémur et celles de la rotule en travers ne se consolident qu'avec une extrême difficulté et une extrême lenteur.

RIGAL, D. M. P.,

élève de Dupuytren, de 1818 *à* 1822.

INSTITUT DES SOURDS-MUETS.

IV. Plusieurs cas de variole modifiée chez des enfants vaccinés.—Revaccinations sur 128 individus ; résultats.

Le 1er septembre 1839, l'élève *Voye* se présente à l'infirmerie. Il a éprouvé, le jour précédent, de la céphalalgie, des vomissements, une forte douleur dans la région lombaire, beaucoup de fièvre, anorexie. Tous ces symptômes persistent, le visage est rouge, gonflé, la peau moite, soif vive. Les bras ne portent pas de cicatrices de vaccine, et il dit qu'il a eu la variole dans son enfance, mais sa peau n'en offre aucune trace.

Le 3 septembre, de nombreuses pustules apparaissent sur le visage, l'éruption occupe successivement les bras, la poitrine, les jambes ; presque confluentes sur la face, elles sont isolées partout ailleurs. Les symptômes généraux diminuent de violence, la suppuration se montre le 11 et le 12, un peu de fièvre reparaît alors, la desquammation arrive le 20, et le malade sort de l'infirmerie le 25 septembre. Il a conservé des traces de son éruption pendant plus de deux mois.

Le 20 septembre, l'élève *L'Apprêté* entre à l'infirmerie avec tous les prodromes d'une fièvre éruptive. Il a sur les deux bras de belles cicatrices de vaccine. Les pustules varioliques se montrent le 23, peu abondantes, discrètes, mais volumineuses, bien ombiliquées. Le 27, les plus grosses offrent de la suppuration au sommet, des croûtes s'y forment ; le 29 et le 4 octobre la desquammation est presque complète. Il n'y a pas eu de gonflement du visage ni de fièvre secondaire.

Du 25 septembre au 10 octobre, les élèves *Boisdon*, *Belles*, *Neuveglise*, *Duthreil*, *Mezard*, *Delhomme*, *Devienne* et *Dumoutier*, et M. *Riblet*, maître d'études, ont offert successivement la plupart des symptômes précédents. Toutes ces personnes ont été vaccinées et leurs bras en offrent la preuve irrécusable. Toutes ont eu des prodromes qui ont duré depuis deux jusqu'à cinq jours; l'éruption a toujours présenté les véritables caractères des pustules varioliques, mais il y a eu des variations très-considérables dans leur durée totale et dans la durée de chacune de leurs phases. Ainsi, la suppuration a commencé à se manifester plusieurs fois, et notamment chez les élèves *Boisdon* et *Duthreil*, dès le troisième jour de l'éruption; elle est venue le quatrième jour chez les élèves *Belles*, *Neuveglise* et *Delhomme* ; le cinquième jour chez *Devienne* et *Dumoutier*. Ces deux derniers malades ont eu de la fièvre secondaire et un léger gonflement en masse du visage et des mains. Chez tous, la formation des croûtes s'est faite promptement et la desquammation plus promptement encore, de sorte que souvent, au quinzième jour de la maladie, il ne restait plus que quelques taches rouges, saillantes et à la suite desquelles il ne s'est pas formé de cicatrices.

Cette variole modifiée ou varioloïde, com-

me on l'a appelée, développée (chez dix individus bien vaccinés) dans l'espace de vingt jours, et probablement par suite de contagion directe, n'a offert aucune gravité, si ce n'est peut-être chez l'élève *L'Apprêté*, qui avait une éruption un peu confluente à la face. Tous nos malades, vaccinés dans les premiers mois de leur vie, avaient plus de onze ans et l'un d'eux en avait vingt-cinq.

Le traitement a été fort simple et la guérison fort rapide. Un des élèves a eu un phlegmon à la paupière supérieure, un autre une angine légère; la fièvre a toujours promptement disparu.

L'apparition de la variole dans notre maison me détermina promptement à tenter des revaccinations sur la plupart des élèves. En conséquence, le 28 octobre, le 5 et le 12 novembre, je vaccinai cent vingt-quatre élèves des deux sexes et quatre adultes, employés de l'institution. De ces cent vingt-huit personnes. soixante appartiennent au sexe masculin et soixante-huit au sexe féminin.

L'opération fut faite de bras à bras, le fluide vaccin était abondant, et le nombre des piqûres faites sur chaque bras variait de deux à six.

Les cent vingt-huit individus vaccinés se trouvaient dans les conditions suivantes :

Vingt-cinq n'offrent aucune trace de vaccine sur les deux bras, et ne présentent au visage ni ailleurs la moindre cicatrice qu'on puisse attribuer à la variole. En compulsant les bulletins de chacun d'eux, j'en trouve dix qui ont été vaccinés sans succès dans leur enfance, et quinze qui ont eu, dit-on, une légère variole aux premiers temps de la vie.

Sur ces vingt-cinq individus, vaccinés par moi, il en est dix-huit chez lesquels il n'est survenu aucun développement vésiculeux ou pustuleux quelconque. Chez quatre autres, j'ai constaté une fausse vaccine; enfin les trois autres ont offert des pustules qui, par leur développement, leur forme, leur aspect, leur durée et leur mode de dessiccation, doivent être considérées comme un vrai vaccin.

Sept individus ont présenté des cicatrices de variole évidente sur le visage, le tronc et les membres. La vaccine s'est très régulièrement développée sur deux jeunes filles; les cinq garçons n'ont rien éprouvé de semblable, et l'opération a complètement échoué sur eux.

Chez les quatre-vingt-seize personnes restantes, douze ne présentaient qu'une seule cicatrice de vaccine sur un des bras, vingt-sept autres avaient deux cicatrices, une sur chaque bras; les cinquante-sept autres en offraient un plus grand nombre, de trois à six, toutes arrondies, d'un blanc mat, gaufrées, pointillées, en un mot, semblables en tout à la description typique donnée par M. Husson, et reproduite dans les traités classiques sur les maladies de la peau. La vaccination pratiquée avec beaucoup de soin sur ces quatre-vingt-seize personnes m'a donné les résultats suivants : dix ont offert de véritables pustules de vaccine régulière; seize ont eu un faux vaccin, et chez les soixante-dix autres, il n'est survenu aucune éruption appréciable.

Il résulte de tous ces chiffres que, sur cent vingt-huit personnes bien vaccinées par moi, quatre-vingt-treize n'ont offert aucun développement de pustules quelconques, vingt ont présenté des pustules de faux vaccin, et quinze seulement ont eu un véritable vaccin. On voit par là que le succès de l'opération se trouve à peu près dans la proportion *d'un huitième* sur l'ensemble, qu'il est aussi d'*un huitième* sur les individus qui n'ont pas eu la variole et n'ont pas été vaccinés précédemment, *d'un tiers* sur ceux qui ont eu la variole dans leur enfance, et *d'un dixième* environ chez ceux qui ont été bien vaccinés.

Je vais essayer d'indiquer les circonstances principales qui ont pu avoir quelque influence sur les résultats consignés plus haut.

Sur les quinze cas de vraie vaccine, six appartiennent aux soixante-huit demoiselles et neuf aux soixante garçons.

La plupart des élèves de l'Institut royal des sourds-muets ont de dix à dix-huit ans, et parmi les quinze élèves vaccinés avec succès, dix avaient moins de treize ans, les cinq autres se rapprochaient davantage de l'adolescence; douze d'entre eux étaient tout-à-fait impubères, les trois autres offraient des signes certains de virilité. Les six jeunes filles étaient encore bien loin de l'époque de la puberté.

Les dix élèves qui ont été vaccinés avec succès par moi l'avaient été généralement dans la première année de leur vie, un seul le fut seulement à l'âge de six ans et, il en a aujourd'hui quatorze.

Les deux jeunes filles vaccinées avec succès, après avoir eu une variole qui a laissé des traces nombreuses et évidentes, avaient eu cette maladie, l'une cinq ans, l'autre sept ans avant la vaccination.

Parmi les élèves qui avaient déjà été vaccinés et chez lesquels la revaccination a réussi, deux sont âgés de douze ans, le troisième en a quatorze. Tous les trois ont été vaccinés la première fois alors qu'ils étaient encore à la mamelle.

D'où l'on peut conclure que le pouvoir préservateur de la variole ne dépasse pas celui de la vaccine, puisque dans des circonstances sensiblement analogues, les individus variolés ou vaccinés ont été soumis à la même influence contagieuse et en ont éprouvé les mêmes résultats.

Ceux qui n'avaient eu ni vaccine, ni variole, ou du moins qui n'en offraient aucune trace, n'ont pas été plus sensibles que les autres à l'impression du virus vaccin, puisque l'opération a réussi sur un huitième seulement, tandis que le succès a été dans la proportion d'un tiers chez ceux qui avaient eu la variole dans leur enfance. Si l'on considère que le vaccin a réussi une fois sur dix chez ceux qui

avaient été déjà vaccinés, on serait en droit d'en conclure que cette première vaccination a mieux protégé les individus que la variole elle-même, mais je suis loin d'admettre ces résultats comme une règle invariable. Ces chiffres sont trop faibles pour servir de base à des allégations; aussi mon intention, en les consignant ici, n'est-elle que de fournir des matériaux aux médecins qui voudront étudier cette grande question. En réunissant un grand nombre d'observations comme les miennes, on arrivera à des conclusions d'un haut intérêt, puisqu'elles peuvent avoir une influence directe sur la santé publique.

P. S. Les pustules de vrai vaccin développées sur les élèves de l'institution ont été examinées avec soin par plusieurs medecins. J'ai choisi deux enfants de dix et de onze ans, qui présentaient à la fois sur chaque bras trois belles cicatrices d'un premier vaccin et trois pustules du vaccin nouveau, et au huitième jour de leur développement, alors que la présence du fluide vaccin se manifestait à leur sommet par des signes non équivoques, j'ai ouvert les pustules et je me suis servi de ce fluide pour l'inoculer sur le bras de trois petits enfans ayant de six à dix-huit mois et n'ayant eu ni vaccin ni variole. Chez deux de ces petits enfants l'opération a parfaitement réussi et ces nouvelles pustules ont servi plus tard à en vacciner d'autres.

P. Menière,
prof. agrégé, médecin des Sourds-Muets.

V. Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme, et ses diverses complications.

Fin (1).

§ II. *Érosion granulée du col de l'utérus.*

Les lésions du col de l'utérus qui paraissent liées à la maladie vénérienne sont en petit nombre. Nous verrons plus loin que le type de la syphilis primitive, le chancre, s'observe fort rarement dans cette région, où quelques personnes même ne l'ont jamais rencontré.

L'altération la plus fréquente de beaucoup, presque la seule, se présente sous forme de granulation ou d'érosions granulées. Mais la nature de ces érosions, leur valeur comme symptôme vénérien, sont loin d'être appréciées de la même manière par tous les praticiens.

Les érosions granulées, du diamètre d'une tête d'épingle, d'une couleur plus ou moins rouge, occupent tantôt l'orifice du col seulement, tantôt sa lèvre antérieure ou sa lèvre postérieure, tantôt enfin toute la surface du museau de tanche. Quelquefois rapprochées et presque confluentes, d'autres fois en petit nombre et écartées, la muqueuse du col peut demeurer saine entre elles, et naturellement colorée; le plus souvent, à l'état aigu surtout, elle est d'un rouge vif et saigne avec une grande facilité; cette rougeur peut être limitée au pourtour des granulations, ou s'étendre à tout le reste du col, et même à la muqueuse du vagin.

Cette altération donne à la surface du museau de tanche un aspect inégal et comme raboteux qui contraste avec l'aspect lisse qu'il présente habituellement; mais elle est trop superficielle pour pouvoir être facilement reconnue au toucher.

Il faut en général en avoir déjà constaté la présence, pour trouver quelque différence dans la sensation que donne au toucher un col sain ou couvert d'érosions granulées.

A cette altération se joint toujours un écoulement fourni par l'intérieur et par la surface érodée elle-même du col. Cet écoulement est ordinairement puriforme dans la période d'acuité, et quand l'inflammation du col est vive; mais quand la maladie passe à l'état chronique, il reprend en général l'aspect transparent et incolore de l'écoulement simplement leucorrhéique; quelquefois cependant, surtout chez les femmes enceintes, il demeure puriforme pendant un temps fort long.

Ces érosions paraissent débuter par de petites granulations arrondies, saillantes, qui ne tardent pas à s'éroder et à former de petites surfaces creuses et suppurantes. Leur développement se fait quelquefois avec une grande rapidité; et presque d'un jour à l'autre, un col, d'apparence saine, se trouve couvert d'érosions granulées.

L'inflammation qui les accompagne à leur début cède en général assez promptement; mais la marche qu'elles suivent ensuite n'est pas toujours la même; dans quelques cas, en effet, on les voit disparaître spontanément et en très-peu de temps; d'autres fois, au contraire, elles résistent à tous les traitements employés, et demeurent presque indéfiniment. Cela s'observe surtout chez les femmes enceintes, et chez celles qui sont affectées de syphilis; elles ont aussi une grande tendance à se reproduire après avoir été guéries, et sans cause appréciable.

Lorsque les granulations du col doivent guérir, on voit l'écoulement qu'elles fournissaient diminuer, leur surface s'éteindre peu à peu, se rétrécir, le col reprend sa forme lisse et unie, et il n'en reste plus de traces, si ce n'est une cicatrice mince et facile à déchirer, qui ne tarde pas elle-même à disparaître complètement.

Ce symptôme est d'une grande fréquence, bien qu'il ait encore été peu étudié, surtout dans ses rapports avec les maladies vénériennes. M. Gibert qui en a traité seul, je crois, d'une façon assez complète, dit que sur cinq cents malades, dont il a recueilli l'observation à Lourcine, cent quarante-deux ont

(1) V. les numéros de juillet et août.

offert des érosions granulées du col (1). Dans la grande majorité des cas, cent quatorze fois il a trouvé, joints à ces érosions, quelques symptômes plus ou moins caractéristiques de la syphilis, chancres, tubercules plats, bubons, etc. Dans un petit nombre de cas, elles existaient sans autre symptôme morbide; chez quelques femmes, même, à peine pouvait-on découvrir la moindre trace de leucorrhée (pag. 11). Aussi cet auteur paraît-il très-porté à regarder cette altération comme incontestablement syphilitique; mais il hésite encore, parce que l'on ne peut nier que l'on ne rencontre, dans beaucoup de cas, de semblables érosions, sans qu'il soit possible d'établir de relations entre elles et une cause syphilitique. Il semble que ce soit une forme d'irritation du col de l'utérus qui se produit par suite de causes de nature très-différente, et sur le développement de laquelle on conçoit l'influence que peut exercer une affection vénérienne. Or, comme la plupart des affections aiguës superficielles des organes génitaux reconnaissent une cause vénérienne, il ne faut pas s'étonner de la liaison qui se présente dans la majorité des cas, entre elles et les érosions du col; et je suis très-porté à considérer cette altération du point de vue sous lequel les médecins physiologistes étudiaient tous les symptômes vénériens, et de n'y voir qu'un phénomène d'irritation qui ne présente rien de spécifique.

M. Lisfranc (2), Dugès et Mme Boivin (3) n'en parlent nullement comme d'un symptôme syphilitique. M. Ricord reproche à M. Donné de regarder les érosions granulées du col, comme un symptôme primitif de vérole (4); mais le rapprochement qu'il paraît plus loin établir entre les granulations du col, et celles qui président à la cicatrisation des plaies, me paraît peu exact.

M. Gibert regarde les érosions granulées du col de l'utérus comme un symptôme consécutif de vérole. Leur développement se fait de la façon la plus irrégulière : on les voit se montrer, et sous la même forme, à toutes les périodes de la blennorrhagie, et assez tôt pour mériter le nom de symptôme primitif, aussi bien que les tubercules plats, les bubons, etc.

Un fait remarquable, c'est que cette lésion, lors même qu'elle existe à un haut degré, et depuis un temps éloigné, demeure tout-à-fait superficielle, et sans entraîner consécutivement aucune altération du tissu du col lui-même. Et à ce propos, je ne saurais passer sous silence les résultats que m'a donnés l'observation d'un grand nombre de femmes que j'ai eu l'occasion d'examiner au spéculum, à l'hôpital de Lourcine.

(1) Gibert, sur les ulcérations de la matrice, *Revue médicale* 1837.

(2) Pauly, *Maladies de l'utérus*.

(3) Boivinet Dugès, *Traité prat. des malad. de l'utérus*.

(4) Ph. Ricord, *Traité prat.*, pag. 70.

Mon observation portait spécialement sur des femmes de vingt à quarante ans, le plus grand nombre de mauvaise constitution, menant une vie irrégulière, atteintes de leucorrhée abondante, d'hystérie, d'affections des organes génitaux, de lésions superficielles du col de l'utérus lui-même! eh bien, je n'ai rencontré que dans des cas excessivement rares ces engorgements du col, ces ulcérations de diverse nature... qui, pour beaucoup de praticiens, servent d'explication au plus grand nombre des souffrances auxquelles sont sujettes les femmes, et qui auraient dû se rencontrer surtout chez les sujets que j'avais à observer. La raison de cette erreur généralement répandue, sur la fréquence extrême des maladies du col utérin, et leur influence sur la santé des femmes, me paraît tenir surtout à une appréciation inexacte de l'état normal du col de l'utérus, et des modifications nombreuses qu'il peut présenter dans ses conditions physiques, sans se trouver pour cela dans un état pathologique. L'usage du spéculum demande surtout une grande habitude; mais, pour acquérir cette dernière, il faut des circonstances spéciales dont beaucoup de praticiens ont été privés. C'est la comparaison seulement et le rapprochement d'un grand nombre de cas qui peuvent permettre de bien savoir distinguer souvent un état pathologique, de modifications insignifiantes du col utérin. Le spéculum, si précieux pour le diagnostic des maladies de l'utérus, aide beaucoup à l'illusion; j'ai vu plus d'une fois, par exemple, prendre pour des cols engorgés ces cols inégaux et bosselés, du reste parfaitement sains, des femmes qui ont eu plusieurs enfants (1).

Je suis heureux de me rencontrer sur ce sujet avec M. Gibert qui a insisté fortement (2) sur l'abus que l'on a fait de l'emploi du spéculum utérin, et les erreurs qu'il a servi à propager.

J'ai été étonné de voir M. Ricord affirmer qu'avec l'inflammation de la membrane mu-

(1) Les recherches qu'il m'a été donné de faire sur un nombre considérable d'utérus de vieilles femmes à la Salpêtrière, me paraissent propres à confirmer ce que je viens d'avancer. On peut en effet tirer de l'examen nécroscopique des organes des vieillards, des inductions assez précises sur le degré de fréquence de leurs lésions durant la vie. Or, je n'ai jamais trouvé de traces d'anciennes altérations sur les cols utérins de vieilles femmes, si l'on en excepte quelques petites végétations tout-à-fait insignifiantes de leur orifice; ces cols sont seulement toujours atrophiés, quelquefois un peu allongés, le plus souvent rapetissés dans tous les sens; quelques uns ont presque totalement disparu; à peu près constamment, une adhérence des parois de la cavité du col, placée à sa partie supérieure, la sépare de la cavité du corps. Quant au corps de l'organe lui-même, il n'est pas rare d'y trouver de vieilles altérations, ainsi des tumeurs squirrheuses, fibreuses, crétacées, pierreuses, ainsi des végétations polypiformes dans l'intérieur de sa cavité...

(2) Mémoire cité, *Revue méd.*, 1838.

queuse, il avait souvent trouvé le col de l'utérus hypertrophié, et, dans quelques circonstances, le corps même légèrement tuméfié (1). Il dit ensuite que les ulcérations du col de la matrice peuvent être, dix-huit fois sur vingt, rapportées à l'ulcère saillant, à *l'ulcus elevatum;* souvent ce sont des espèces de bourgeons charnus, des tubercules muqueux, d'autres fois des granulations réunies en groupes...

Les faits que j'ai observés me portent à croire que ces diverses altérations sont beaucoup moins fréquentes que ce passage ne le donnerait à penser. La proportion qu'indique M. Ricord me paraît devoir faire rapporter l'*ulcus elevatum* aux érosions granulées dont je viens de m'occuper; mais la description que j'en ai donnée ne me semble nullement propre à justifier une semblable dénomination. (Voyez sur ce sujet M. Gibert, manuel et mémoire cités.) Je n'ai jamais rencontré sur le col de l'utérus rien qui ressemblât au tubercule muqueux.

§ III. *Chancres.*

Les chancres chez la femme, généralement moins profonds que chez l'homme, se présentent ordinairement sous forme de petites ulcérations superficielles, arrondies, peu étendues, souvent multiples. Ils ont leur siége le plus habituel sur les petites lèvres, et surtout à la fourchette. Il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se cacher sur tous les points des replis nombreux de la vulve, où il faut quelquefois beaucoup d'attention pour les découvrir. Il faut savoir encore qu'ils peuvent se montrer à une certaine hauteur dans le vagin, et que, dans certains cas, il n'est possible de les voir qu'à l'aide du spéculum.

Des chancres se développent souvent à quelque distance de la vulve, ainsi au périné, à l'anus, même sur la rainure du sacrum, où sans doute ils sont produits par le contact de la matière de l'écoulement avec la peau très-fine de ces parties. C'est une espèce d'inoculation très-fâcheuse, et que l'on ne prévient qu'au moyen d'une grande propreté. C'est aussi pour cette raison qu'il faut se garder, au début de la blennorrhagie, d'appliquer des sangsues au voisinage de la vulve, quels que soient les signes de l'inflammation locale, la disposition des orqanes, de la génération chez la femme tenant toujours les parties qui les environnent baignées dans la matière de l'écoulement : j'ai vu résulter de cette pratique des ulcérations de fâcheux caractère, et difficiles à guérir.

Il n'est pas rare de voir des chancres se former sur le clitoris; ils sont souvent, dans cet endroit, difficiles à guérir, et ne disparaissent qu'après avoir complètement détruit cet organe, à la place duquel ils laissent une cavité profonde, cachée sous le capuchon du clitoris.

De véritables chancres se développent parfois aussi sur le col de l'utérus. M. Ph. Boyer doute que le col de l'utérus puisse être affecté de chancres, n'en ayant jamais rencontré chez un grand nombre de femmes qu'il a examinées au spéculum (1). M. E. Delmas n'a jamais vu d'ulcération du col de l'utérus présentant le caractère syphilitique, si ce n'est dans l'intérieur même du col (2); dans ce dernier endroit au contraire, suivant M. Ricord (3), les ulcères peuvent être facilement confondus avec des ulcérations d'autre nature; c'est sur le col lui-même qu'il en a le mieux constaté l'existence. En effet, ce chirurgien a vu, bien que fort rarement, ainsi que M. Gibert (4), des ulcérations sur le col de l'utérus, arrondies, grisâtres, tout-à-fait semblables aux chancres de la muqueuse génitale externe.

Les chancres m'ont paru se montrer moins fréquemment chez la femme que chez l'homme. M. Desruelles avait déjà fait la même remarque : « La forme ulcérative, dit-il, est moins fréquente chez la femme, ainsi que la forme phlegmoneuse, mais la forme végétative prend des développements plus considérables que chez l'homme (5).»

Les chancres chez la femme paraissent généralement plus faciles à guérir que chez l'homme (Gibert), si ce n'est lorsqu'ils ont leur siége autour de l'orifice de l'urèthre, ce qui est loin d'être rare, et où le passage de l'urine détermine une irritation sans cesse renouvelée, qui en rend souvent la cicatrisation fort lente et difficile.

Cependant ces chancres, lorsqu'ils ne sont pas soignés, suivent quelquefois, bien que rarement, une marche envahissante très rapide; M. Devergie (6) cite une femme chez laquelle un chancre négligé détruisit les grandes et petites lèvres droites, le clitoris, le pourtour du méat et du vagin, et menaçait d'envahir toute la vulve, lorsqu'on parvint à en arrêter les progrès.

On rencontre quelquefois chez les jeunes enfants une affection gangréneuse qui suit une marche à peu près semblable. « Il y a, dit Swediaur, une maladie particulière de la vulve, qui vient d'une cause inconnue jusqu'ici, et à laquelle sont principalement sujettes les jeunes filles dans les hôpitaux d'orphelines. C'est une tache rouge, ou livide, qui s'étend rapidement, et qui corrode les parties molles jusqu'aux os, avec une puan-

(1) *Mémoires de l'Acad. de médecine,* 2 février 1833.

(1) Ph. Boyer, *Traité de la syphilis,* pag. 92.
(2) *Gazette médicale* 1833, pag. 292.
(3) *Gaz. méd.* 1833, pag. 310.
(4) Gibert, Manuel cité, pag. 267.
(5) Desruelles, *Trait. pratique des mal. vén.* 1836, pag. 383.
(6) Loco cit.

teur insupportable. Je n'ai jamais vu moi-même cette terrible maladie (1). »

On apporta à l'hôpital de Lourcine, au mois de juin 1837, un enfant de trois semaines, du sexe féminin, portant une escarre large comme une pièce de cent sous sur la grande lèvre droite, occupant tout ce côté de la vulve y compris le clitoris, le méat urinaire, et s'étendant sur la cuisse ; il s'en exhalait une odeur d'une excessive fétidité. L'enfant était dans un état de maigreur extrême et paraissait souffrir beaucoup. Je sus seulement que sa mère, qui l'avait abandonné à sa naissance, avait une maladie vénérienne. L'enfant languit encore près de trois semaines; la gangrène faisait tous les jours des progrès. Je trouvai à l'autopsie les parties que j'ai indiquées escarrifiées profondément, sans autre lésion.

§ IV. *Fissures à l'anus.* — Un symptôme qui accompagne très-fréquemment les accidents vénériens primitifs chez la femme, ce sont les fissures à l'anus. Ces fissures se présentent sous la forme de petites ulcérations allongées, très-étroites, peu profondes, ordinairement cachées au fond d'un des replis longitudinaux de l'anus. Quelquefois, mais rarement, ce sont de véritables chancres; alors elles sont profondes, plus larges, avec un fond grisâtre, des bords plus ou moins épais, d'un rouge vif. Elles ne s'étendent pas en général beaucoup vers la surface cutanée, mais elles montent plus ou moins haut dans le rectum.

Il n'y a souvent qu'une seule ulcération; elle occupe alors presque toujours la partie antérieure de l'orifice anal, et regarde le périnée. Quelquefois on en trouve tout autour de cet orifice.

Ces fissures déterminent ordinairement d'assez vives douleurs, lors du passage des matières fécales, pour peu surtout qu'il y ait de constipation. Souvent elles saignent un peu dans l'acte de la défécation. Cependant j'en ai vu d'étroites et profondes ne révéler leur présence par aucune espèce de douleurs.

L'extrême fréquence de ce symptôme, chez la femme, est remarquable, surtout comparée à sa rareté chez l'homme. Deux causes peuvent servir à en rendre compte. D'une part, des rapports contre nature; d'une autre part, le contact de la matière de l'écoulement vulvo-vaginal, avec la muqueuse anale. Suivant M. Ricord, la pédérastie déterminerait toujours les fissures antérieures, qu'on peut encore appeler périnéales.

Or, sur trois femmes qui m'ont avoué semblables cas, une avait des fissures dans tous les sens; les deux autres avaient un chancre sur la partie latérale de l'anus.

Il me paraît plus naturel, au moins pour le plus grand nombre des cas, d'attribuer les fissures anales au contact de la matière de l'écoulement. Chez les femmes qui ne se nettoient pas souvent, et chez qui se fait un écoulement âcre et abondant, la matière de cet écoulement s'étend sur la face interne des cuisses et le périnée, et les excorie ; il n'est pas étonnant qu'elle agisse ainsi sur la muqueuse anale, et probablement la forme des rhagades est due à l'arrêt et au dépôt de cette matière, au fond d'un des replis de la muqueuse. Chez quelques-unes de ces femmes, j'ai même vu ces excoriations s'étendre jusque dans le sillon qui répond à l'épine du sacrum. Cela explique du reste parfaitement la prédilection de ces ulcérations pour la partie antérieure de l'anus. Hunter donne précisément la même explication : « *It sometimes happens that the venereal matter from the vagina runs down the perineum to the anus, producing a gonorrhea, or chancres there.* »

Aussi je pense que M. Velpeau a tort lorsqu'il avance que les rhagades à l'anus, résultant quelquefois d'une infection constitutionnelle, dépendent presque toujours d'un contact immédiat, et en particulier des tiraillements, des écorchures, opérés pendant l'acte contre nature (1). La cause que cet auteur a oublié de mentionner me paraît incontestablement la plus fréquente. M. Lagneau (2) ne regarde aussi les rhagades que comme des accidents consécutifs, à moins qu'elles ne résultent des rapports *à præpostera venere.*

On observe souvent chez la femme des excroissances de diverses formes à l'anus, la plupart condylomateuses. Mais tandis que, chez l'homme, elles sont presque toujours un symptôme secondaire, annonçant une syphilis constitutionnelle, on les rencontre fréquemment chez la femme, accompagnant d'autres symptômes primitifs, et en particulier liées à l'existence des fissures anales. En effet, il suffit, suivant M. Velpeau, que le plus petit ulcère survienne au pourtour de l'anus, chez les sujets affectés de syphilis, pour que des excroissances en entourent bientôt l'orifice externe. Il ne faut pas oublier que de même que les fissures qui en sont ordinairement l'occasion, ces condylomes pourront se développer primitivement, sans résulter pour cela d'une cause locale telle que celle que l'on est ordinairement porté à soupçonner. Ces excroissances, du reste, ne m'ont jamais paru rien présenter de particulier à la femme, si ce n'est, comme nous l'avons déjà dit, qu'elles ont presque toujours une forme condylomateuse.

§ V. *Végétations.* — Les végétations qui se montrent parmi les symptômes primitifs, chez la femme, peuvent apparaître sur tous les points de la muqueuse vulvaire, et un peu avant dans le vagin, sur les grandes lè-

(1) Swediaur, *Des mal. syphil.*, tome 1, p. 325.

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., tom. III, pag. 286.
(2) Lagneau, loco cit., tom. I, pag, 319.

vres, à la partie interne et supérieure des cuisses, au périnée, au pourtour de la vulve partout enfin où s'étend la matière de l'écoulement qui pourrait bien être pour quelque chose dans leur développement. On en rencontre encore, mais plus rarement, au fond du cul-de-sac vaginal et sur le col de l'utérus. Elles se montrent le plus souvent sous forme de petites saillies étroites, blanchâtres, se déchirant facilement avec l'ongle. Il est remarquable qu'on ne les voit pas fréquemment accompagner les tubercules plats.

Quelquefois elles s'amassent en grand nombre autour de l'orifice vulvaire qu'elles obturent incomplètement, mais assez pour s'opposer à l'introduction du spéculum, et même du doigt indicateur. Dans cet endroit, elles ont souvent la forme de crêtes de coq, c'est-à-dire qu'elles sont rosées, à base assez large, aplaties sur leurs deux faces, à bord libre arrondi, quelquefois un peu découpé. Il faut prendre garde de les confondre alors avec les caroncules myrtiformes qui, lorsqu'elles sont très-développées, ont souvent avec elles la plus grande ressemblance. Il m'est arrivé plus d'une fois, dans les premiers temps où j'observais ces maladies, de croire affectées de végétations des femmes chez lesquelles l'orifice du vagin était tapissé de caroncules très-développées, bien détachées, vraiment semblables à de petites crêtes de coq. Il est certain qu'il y a des cas où il est nécessaire d'apporter une assez grande attention, si l'on ne veut s'exposer à une erreur grossière.

On peut encore prendre pour des végétations des follicules muqueux simplement hypertrophiés. Ainsi j'ai vu, chez une femme affectée de vaginite, les petites lèvres larges et flottantes, tapissées sur leur face interne d'une foule de petites saillies arrondies, pressées les unes contre les autres; un pigmentum noirâtre les recouvrait. Il fut aisé de reconnaître que ce n'était autre chose que des follicules très-développés, et nullement une production nouvelle, comme on l'avait cru au premier abord.

Chez les femmes, on rencontre assez rarement des végétations en forme de choux-fleurs, surtout autour de la vulve, car on en voit plus souvent autour de l'anus.

§ VI. *Bubons.* — Moins communs et moins graves chez la femme que chez l'homme, les bubons ne présentent rien de bien spécial chez la première, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Suivant M. Gibert, il serait plus rare chez elle d'observer le bubon purement sympathique de l'inflammation blennorrhagique. Le fait suivant me paraît un exemple incontestable de cette forme de bubon. Une femme d'une quarantaine d'années, entrée à Lourcine au mois d'avril 1837, nous raconta que, quinze jours auparavant, se trouvant un soir attardée dans la plaine des Sablons, elle avait été rencontrée par trois hommes ivres, aux violences desquels elle avait été obligée de céder. Depuis lors elle avait toujours souffert aux parties, et depuis huit jours, un engorgement glanduleux s'était montré au pli de l'aine gauche. Le pourtour de la vulve, les lèvres étaient tuméfiés, rouges, douloureux au toucher, humectés d'une sécrétion muqueuse peu abondante. Il y avait de la fièvre et de l'insomnie. Sous l'influence de bains, d'émollients et d'un peu de régime, la vulvite disparut au bout d'une dizaine de jours, et au moyen du speculum, dont l'introduction était complètement impossible lors de l'entrée de la malade, on constata un état d'intégrité parfaite de la muqueuse du vagin et du col de l'utérus. La tumeur de l'aine gauche, rouge et volumineuse, à l'entrée de la malade, s'étendant jusque dans la grande lèvre, ne tarda pas à devenir fluctuante, malgré une application de sangsues. Une incision y fut pratiquée, et la guérison s'opéra sans autre accident qu'un décollement des bords de la peau, qui nécessita l'emploi d'un escarrotique.

§ VII. — *Traitement des complications de la blennorrhagie.* — Je n'aurai pas grand'chose à dire du traitement des diverses complications de la blennorrhagie chez la femme; car, d'une part, il n'existe guère d'indications spéciales pour celles qui sont communes aux deux sexes, et, d'une autre part, les principes généraux que j'ai donnés, à propos de la blennorrhagie elle-même, sont ici tout-à-fait applicables. Je n'aurais qu'à redire en effet l'importance des soins de propreté et de régime que j'ai indiqués, et la tendance qu'ont ces diverses complications, comme la blennorrhagie elle-même, à guérir sous leur seule influence.

C'est aux tubercules plats que ces considérations sont surtout applicables. En effet, la surface étendue qu'ils recouvrent, l'exsudation fétide et abondante dont ils sont le siége, l'écoulement vulvo-vaginal qui les accompagne ordinairement, rend particulièrement indispensable l'emploi répété des bains et des lotions. Pour les sujets ainsi affectés, des bains doivent être pris tous les jours; des bains de son surtout sont propres à calmer l'inflammation dont ils sont le siége, quand ils sont ulcérés, et celle qui les environne. Lorsque de semblables soins sont administrés convenablement, et surtout à temps, je crois que l'on peut être à peu près certain de voir disparaître promptement les tubercules plats, quels que soient leur nombre, leur volume et leur degré d'ulcération. C'est en général de quinze jours à trois semaines, un mois au plus, que s'opère leur guérison, et ce n'est jamais sans surprise que l'on voit disparaître, en si peu de temps et si complètement, ces masses agglomérées quelquefois dans une telle étendue, et si profondément ulcérées; et cela, sans moyen thérapeutique proprement dit.

Lorsque leur résolution tarde à se faire,

il faut avoir recours à des applications de pommade au précipité blanc, au précipité rouge, d'onguent napolitain. On hâte leur cicatrisation, quand ils sont ulcérés, en les touchant avec le nitrate d'argent fondu, avec une solution légère de sublimé, de sulfate de cuivre, etc. J'ai dit qu'il restait quelquefois, sur les grandes lèvres, des tubercules indurés, dont la résolution n'était pas très-facile à obtenir. Il faut alors insister sur les applications résolutives, les pommades mercurielles; un traitement interne est en même temps indiqué.

Les érosions granulées du col de l'utérus disparaissent quelquefois, comme je l'ai déjà dit, sous l'influence de moyens tout-à-fait insignifiants. Mais dans certains cas elles montrent au contraire une persistance qu'il est difficile de vaincre. Les applications de pommade au précipité blanc ou rouge, les injections de vinaigre rosat, la cautérisation avec la pierre infernale, le nitrate acide de mercure, etc., sont généralement alors employés. M. Gibert accorde beaucoup de confiance aux injections avec la teinture alcoolique de noix de galle; il est certain que j'ai vu ces injections réussir dans des cas où on avait inutilement essayé beaucoup d'autres moyens.

Les fissures à l'anus guérissent quelquefois d'elles-mêmes. Le plus souvent il est nécessaire de tenir dans le rectum des mèches enduites d'un corps gras. Ces fissures n'étant le plus souvent, comme nous l'avons vu, que le résultat de l'inflammation locale, déterminée par le contact d'un fluide irritant, peu importe de quelle substance seront enduites ces mèches. Lorsque l'on soupçonnera à la blennorrhagie un caractère virulent, ou bien que la guérison de ces fissures se fera longtemps attendre, on les recouvrira d'onguent gris, ou mieux encore de pommade au précipité rouge. En général la guérison de ces fissures ne se fait pas long-temps attendre, bien que dans des cas rares on ait un peu de peine à en obtenir la cicatrisation; et je ne crois pas que jamais, dans leur marche, non plus que dans les douleurs qui les accompagnent, on observe rien de ce que nous présentent les fissures spontanées.

Je m'arrête ici, car n'ayant entrepris de traiter que des symptômes vénériens aigus et primitifs chez la femme, je ne saurais entrer dans plus de détails, sans sortir des limites que je me suis tracées.

DURAND-FARDEL, D-M-P.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

VI. Emploi du musc dans la pneumonie aiguë avec délire.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'avais toujours eu à déplorer, malgré l'emploi des anti-phlogistiques et des révulsifs les plus énergiques, la perte des malades atteints d'un délire furieux durant le cours de la pneumonie aiguë, quand je lus dans le n° de mars dernier de votre estimable journal une observation remarquable de guérison de péripneumonie très-grave avec délire par l'emploi du musc à haute dose : je trouvai bientôt après l'occasion d'essayer ce moyen, qui produisit dans un cas analogue un résultat aussi heureux qu'inespéré.

Les anciens ont fréquemment employé le musc dans les maladies nerveuses, et en particulier dans les fièvres de mauvais caractère avec délire, mais ce sont les modernes et en particulier M. Récamier, qui ont recommandé l'usage de cette substance pour combattre le délire qui survient inopinément pendant la pneunomie, dans le cas surtout où les accidens cérébraux ne paraissent pas en rapport avec le peu d'intensité de la maladie de poitrine. La science possède déjà quelques observations du bon effet du musc dans cette circonstance, mais j'ai pensé qu'on ne peut trop en multiplier le nombre pour engager les praticiens à employer un moyen qui dans des cas désespérés a eu des résultats aussi avantageux au rapport de ceux qui en ont fait usage.

OBSERVATION.

M. Montagne, âgé de cinquante-quatre ans, lieutenant d'une compagnie de pompiers, habitant Lamothe, près Aillant-sur-Tholon (Yonne), d'un tempérament bilieux très-prononcé, sujet à des vomissements bilieux sans être jamais malade, fut pris, le 20 avril 1840, de pneumonie à la suite d'une course longue et fatigante. Voici ce que je remarquai à ma visite du 23 : toux fréquente, expectoration difficile, crachats rouillés, respiration précipitée, dyspnée, douleur très-vive à la partie inférieure et antérieure de la poitrine du côté gauche avec matité et râle crépitant de cette région; impossibilité de se coucher autrement que sur le dos; fièvre violente avec céphalalgie.

Prescription. Saignée du bras d'une livre, dont le sang est recouvert d'une couenne très épaisse; looch blanc kermétisé; cataplasme émollient *loco dolente*. Le soir, l'état ne s'étant pas amélioré, nouvelle saignée d'une livre, dont le sang n'est pas couenneux. Chaque saignée est suivie de vomissements bilieux des plus abondans.

Le 24, amendement de tous les symptômes. Prescription de la veille, saignée exceptée. Plusieurs vomissements bilieux dans la journée.

Le 25, quatrième jour de l'invasion, toux presque nulle, expectoration facile, mais un peu sanguinolente, plus de douleur de côté, respiration facile, fièvre peu intense : tout fait espérer une convalescence prochaine Mêmes moyens thérapeutiques.

Dans la soirée, sans cause appréciable, le malade délire quand on ne lui parle pas, mais si on l'interroge il répond juste; il croit tomber dans des précipices; il se lève pendant l'absence de la garde qui le trouve étendu par terre, il se découvre continuellement.

Le 26, la nuit a été des plus agitées; plusieurs personnes ne peuvent contenir le malade qui cherche continuellement à se lever et à se découvrir; yeux hagards, face animée, pupilles contractées, mobilité des lèvres, rire sardonique, cris, chants, carpologie, urine involontaire, constipation; fièvre peu intense, pouls plein, dur, toux presque nulle, crachats légèrement rouillés, le thorax offre un son un peu mat du côté gauche, mais l'air pénètre dans le poumon malade.

Prescription. Vingt sangsues autour de la tête; vésicatoire aux mollets, sinapismes aux extrémités inférieures; les révulsifs ne sont pas sentis. Six grains d'émétique dans six onces de véhicule.

Le 27, la nuit est des plus mauvaises; le matin tous les symptômes continuent au même degré, le pouls est petit, dépressible, fréquent.

Prescription. Un grain de musc en pilule toutes les heures: mais le malade refusant de prendre les pilules, on les délaie dans un peu d'eau sucrée, il en prend deux par heure par méprise; il a pris dix grains en cinq heures; dès lors tendance au sommeil, qui dure à peine une ou deux minutes. Le musc est continué à un grain par heure. Jusqu'à minuit, les symptômes ne perdent rien de leur intensité; mais, à cette heure, sommeil tranquille et profond; on est obligé de réveiller le malade pour le faire boire.

Le 28, au matin, somnolence, état de stupeur, d'hébêtement qui se prolonge toute la journée, retour complet des facultés intellectuelles, le malade ne se rappelle rien de ce qui s'est passé, il se plaint d'un état de fatigue, de courbature; les révulsifs commencent seulement à agir. Point pleurétique du côté gauche, pouls légèrement fréquent, plein, pas de soif, deux selles liquides; vésicatoire sur le côté douloureux; potion de musc continuée.

Le 29, à part le point pleurétique et une légère angine gutturale tenant à des aphthes qui tapissent l'arrière-bouche, le malade se trouve très-bien; du bouillon de veau est accordé à sa demande. Musc continué à la dose d'un demi grain par heure (le malade en a pris quarante-cinq grains en trois jours); gargarisme avec miel rosat et borax.

Le 2 mai, les aphthes ont disparu, plus de fièvre, appétit; le malade peut être regardé comme convalescent, il se lève une heure par jour; la convalescence a marché rapidement; le 6 mai, le malade est entièrement guéri et se promène.

L. ROCHÉ fils, D.-M.,
Ancien aide de clinique de la Faculté de Strasbourg.

VII. Ongle incarné.

J'ai lu dans votre numéro de novembre dernier un traitement de l'ongle incarné par M. Barbette de Niort, lequel fait un appel à ses confrères pour le soumettre à leur expérience. Je viens, en conséquence de cette invitation confraternelle, vous prier d'ouvrir les colonnes de votre estimable journal à l'historique d'un cas semblable et combattu par le même agent thérapeutique, il y a sept ans environ.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une commune voisine, allant travailler chaque année à la tuile, près de la capitale, éprouvait, depuis long-temps, une gêne considérable dans la marche, causée par l'ongle rentré du gros orteil droit, lequel provoquait une forte suppuration et un gonflement très-douloureux de l'orteil et du pied, et le rendait impropre à son état; alors il consulta plusieurs médecins de la banlieue infructueusement, et exténué par des souffrances incessantes, il résolut d'entrer à l'Hôtel-Dieu (de Paris), où l'on procéda à l'arrachement de l'ongle. Se croyant guéri, au bout de quelques jours il reprit ses travaux, mais un laps de temps peu considérable s'était écoulé à peine, qu'il vit son ongle repoindre et s'incarner comme son prédécesseur. Bientôt il est forcé à l'inaction, fait appeler le médecin attaché à l'établissement qui, après des tentatives de traitement peu satisfaisantes, l'engage à se soumettre derechef à l'arrachement de son ongle. Le patient, quoique doué d'un grand courage, n'y consentit qu'avec peine. L'opération eut lieu; mais chose assez ordinaire en pareil cas, l'ongle a repullulé une seconde fois, et ce malheureux, revenu dans son pays, traînait une vie languissante et digne de pitié, inapte au travail, pour ne pouvoir marcher ni pourvoir à sa subsistance. Il m'envoya chercher et m'expliqua tout. Je lui fis part du procédé qu'il accepta volontiers, bien décidé à tout endurer, à *mourir* plutôt que de subir une troisième fois la même opération. Je mis au-dessus de la matrice de l'ongle un peu sur l'ongle, un corps gras (de l'onguent d'Althæa), en circonscrivant l'espace qu'il me fallait corroder, gros comme un haricot de potasse caustique que je recouvris d'un linge, et je recommandai de mettre au bout de sept à huit heures un peu d'onguent styrax sur le point attaqué, pour le pansement. L'ongle tomba seul au bout de deux ou trois jours et ne s'est jamais reproduit. Ce jeune homme ne me voit jamais sans me combler de ses bénédictions.

Si, à cette époque, j'eusse connu le caustique de Vienne, je l'aurais employé comme jouissant de propriétés plus énergiquement corrosives et partant moins douloriflques que la pierre à cautère.

J'aurai sur ce caustique de Vienne de belles observations à vous communiquer.

Si j'ai la priorité bien évidente de ce procédé sur notre confrère de Niort, je n'y attache aucune importance, n'ambitionnant aucun titre dans la science; tout l'honneur en est à M. Barbette qui l'a publié le premier. Peut-être cent praticiens s'en étaient-ils servis avant nous, et sans doute que nos deux observations ont seulement le mérite de *novè si non novæ;* en effet, que de faits perdus pour la science et pour l'humanité, faute de publication !

Puissent ces deux observations consciencieuses et absolument identiques porter nos confrères de France et de l'étranger, et nos grands maîtres plus à même que nous de rencontrer fréquemment l'occasion de l'appliquer, à tenter ce nouveau procédé thérapeutique, et à ne plus mettre en pratique l'arrachement ou l'excision, méthodes vraiment barbares et vaines presque toujours et des plus cruelles de la chirurgie ! La bénignité de notre procédé l'emporte de beaucoup sur tout autre.

Espérons que, grâce aux progrès de la science et aux découvertes, le cadre des opérations sanglantes se rétrécira indéfiniment, et nous obligera de moins en moins au rôle de *lanio-doctores;* appellation dérisoire et bien méritée d'Harvey à l'égard des médecins toujours prêts à répandre le sang dans la curation de nos maux.

Agréez, etc.

GOURJON F. GÉDÉON.

médecin à Condé-sur-Noireau (Calvados.)

VIII Ongle incarné.

Si vous croyez que le fait suivant puisse intéresser la science, je vous prie de lui donner une place dans votre journal; je m'estimerai heureux d'avoir pu répondre à l'appel de MM. Barbette et Lorraine.

Madame Follin, bouchère à Callengeville, vint, le 5 juin dernier, me consulter pour la maladie de l'ongle incarné dont elle était atteinte depuis plusieurs années. Elle attribuait cette affection à l'usage de chaussures trop étroites. De temps en temps elle enlevait elle-même avec des ciseaux la portion rentrée dans les chairs; quand elle vint me demander des conseils, la partie malade était, depuis un an, le siége d'une suppuration assez abondante et fétide. Je me rappelai le traitement proposé par M. le docteur Barbette et j'appliquai la potasse caustique avec les précautions indiquées. L'ongle était très-épais et rugueux; je levai l'appareil le lendemain. L'ablation de l'ongle faite avec les mêmes précautions que dans le cas que je lus trois jours après dans votre journal, présenta les mêmes particularités : peu de difficulté, à peine de la douleur. Le fond de la plaie, vers la rainure de l'ongle, exhalait une odeur infecte et continua jusqu'au 21 juin à fournir un liquide noirâtre et fétide. Je pansai avec les chlorures et l'onguent de styrax. Le 21, la plaie commença à se déterger et les bourgeons charnus apparurent. Le 30, il survint un érysipèle au pied malade, ensuite l'érysipèle envahit la face et céda à une forte saignée. La cicatrisation fut complète le 25 juillet, et aujourd'hui 8 août, cette femme marche bien.

Si la guérison n'a pas été aussi prompte que dans le cas cité par M. Lorraine, je pense qu'il faut l'attribuer, 1° à ce que l'orteil était dans un état voisin de la gangrène, 2° à ce que la malade a toujours marché pendant le traitement, malgré mes conseils. Quoi qu'il en soit, ce fait vient s'ajouter à ceux de MM. Barbette et Lorraine, et confirmer l'espoir émis par ces praticiens de voir bientôt acquis à la science ce moyen thérapeutique sur lequel ils ont appelé l'attention des médecins.

Agréez, etc.

TERNISIEN,

médecin à Callengeville.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Traité des maladies des femmes, et de l'hygiène spéciale de leur sexe, orné de planches représentant un grand nombre de dessins; par Colombat de l'Isère.

Les maladies des femmes ont fixé de bonne heure l'attention des médecins et des philosophes de l'antiquité; et long-temps même on a exagéré l'importance de l'utérus, en le regardant comme cause de presque toutes les maladies de la femme. Aussi, dans chaque siècle, cette portion de la pathologie a-t-elle eu ses observateurs et ses historiens, dont le nôtre n'a certainement pas été plus avare que les précédents; toutefois, comme la plupart de ces ouvrages sont, ou volumineux, ou rares, ou surannés, ou bien n'envisagent qu'un côté, soit médical, soit chirurgical, soit tocologique de la science, l'auteur a voulu réunir en un seul cadre tout ce qui concerne cette vaste matière, savoir : la physiologie, l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, la médecine opératoire, et l'hygiène des organes génito-mammaires.

Le premier chapitre est consacré à l'histoire des changements physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez la femme aux principales époques de la vie. Dans la description que l'auteur donne des phénomènes de la menstruation, il y dit, d'après l'opinion d'Hippocrate et de la plupart des auteurs, que le sang menstruel est purement artériel; des recherches faites en Allemagne, dans ces derniers temps, tendraient à démontrer que

les artères de l'utérus ressemblent plus que les autres à des veines par le peu d'épaisseur de leurs parois, et sont assez analogues aux artères pulmonaires, qu'elles ne charrient point le sang dans les veines aussi vite que les autres artères, que par conséquent le liquide s'accumulant dans leur intérieur et dans les vaisseaux capillaires, y acquiert le caractère veineux par le séjour qu'il y fait.

Le chapitre second traite des variétés de conformation, de l'anatomie chirurgicale des organes sexuels de la femme, et des sympathies de la matrice. M. Colombat fait remarquer que le vagin, au lieu de s'insérer sur le col de la matrice horizontalement et comme un anneau, vient au contraire s'y fixer de manière que sa paroi antérieure est plus rapprochée du museau de tanche, et la postérieure plus éloignée de cette ouverture, considération sur laquelle M. Lisfranc insiste beaucoup pour l'excision du col. A l'article des sympathies de l'utérus, l'auteur qui s'est aussi occupé des maladies des organes phonateurs, dit avoir été souvent consulté pour des aphonies chroniques qui n'étaient que le résultat d'une action sympathique de l'utérus.

Au chapitre trois, on passe en revue tous les moyens explorateurs des organes sexuels de la femme, le toucher, le spéculum; au quatrième, on indique sommairement les causes des maladies des femmes. Ce chapitre est suivi d'un tableau synoptique de ces maladies. Elles y sont divisées en six sections, savoir : les lésions de forme et de développement, celles de situation, les lésions physiques, les lésions vitales, celles de fonctions, et enfin celles relatives à la reproduction.

La première section comprend tous les vices de conformation primitifs ou accidentels des organes sexuels et de leurs dépendances. Dans la seconde, l'auteur envisage toutes les lésions de situation de l'utérus; il y comprend le prolapsus de la matrice, l'antéversion et la rétroversion de cet organe, son antéflexion et sa rétroflexion, son obliquité, son renversement, son élévation, son immobilité, ses différentes hernies, celles de l'ovaire, la cystocèle vaginale, l'entérocèle vaginale, l'entérocèle et la cystocèle vulvaires, et enfin la chute de la membrane interne du vagin, et son invagination. La question des pessaires est traitée fort au long.

La troisième section consacrée aux lésions physiques, est divisée en trois classes; 1° les contusions, plaies, déchirures, etc.; 2° les différentes fistules; 3° l'introduction accidentelle des corps étrangers. L'auteur ose affirmer, au sujet de la suture du périnée, qu'on serait presque toujours assuré de réussir, si pour procéder à l'opération on différait jusqu'à ce que la suppuration eût amené l'affaissement des bords de la division. Il a des procédés et des instruments particuliers pour la suture des fistules vaginales.

A la quatrième section, par lésions vitales et organiques, M. Colombat entend toutes les phlegmasies superficielles et profondes, les dégénérescences, les excroissances, enfin toutes les productions morbides des organes génitaux et de leurs annexes.

Dans l'article du cancer de la matrice, il prescrit pour base du traitement, au début le *cura famis* et les saignées générales révulsives ou spoliatives. Il a fait quelques modifications aux divers procédés d'amputation du col utérin. Cette section remplit à elle seule presque la moitié de l'ouvrage.

La cinquième comprend, sous le nom de lésions de fonctions, les dérangements de la menstruation, les hémorrhagies utérines, la chlorose et les névroses particulières aux femmes. L'auteur n'émet point de théorie particulière sur la chlorose; il pense qu'elle n'est qu'une affection nerveuse, déterminant consécutivement une surabondance de sang séreux, aussi l'appelle-t-il *hyperhydrémie*. Il s'appuie sur les expériences du docteur Beau; qui regarde les bruits de diable, comme étant le résultat du choc du sang contre les parois artérielles et du manque de proportion entre l'ondée sanguine exagérée et la capacité du vaisseau. Cette ingénieuse théorie d'une pléthore, mais d'une pléthore aqueuse, émise dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine* du mois de février 1838, tendrait à prouver que le mot d'*anémie* est bien loin d'être synonyme de chlorose. Mais nous pensons qu'il faut aussi se méfier des mots nouveaux; le nom d'hyperhydrémie a le défaut d'aller au delà du but, il transforme en maladie essentielle ce qui n'est qu'un symptôme, et il érige en théorie ce qui est tout au plus probable; nous préférons donc garder le vieux nom de chlorose, qui ne vaut certainement pas mieux, mais qui a au moins pour lui le droit d'aînesse.

Un dernier chapitre est consacré à l'hygiène spéciale de la femme. Nous n'y trouvons rien de particulier à signaler.

Une des parties les plus richement traitées est l'historique. L'auteur paraît avoir mis à contribution tous les auteurs anciens, modernes et contemporains; il y a d'ailleurs en tête de l'ouvrage une liste alphabétique des auteurs qui y sont cités, avec l'indication des pages où ils sont nommés. Elle ne renferme pas moins de douze cents noms d'auteurs. Nous ne devons pas omettre de dire qu'à la fin du premier volume se trouvent quatre planches représentant divers instruments et appareils inventés ou modifiés par M. Colombat.

Quant au style, peut-être pourrait-on lui reprocher de n'être pas toujours aussi grave ni aussi sévère que le comporterait la nature du sujet; mais c'est un défaut que lui pardonneront sans doute les yeux féminins qui viendraient à tomber sur ces lignes. En résumé, les élèves en médecine et les praticiens consulteront avec avantage l'ouvrage de M. Colombat, tout en regrettant sans

doute avec nous que l'abondance des matières ne lui ait pas permis de réunir les deux volumes en un seul.

Traité théorique et pratique des altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice; par F. Duparcque.

Il y a dix ans, alors que l'instrument tranchant sévissait sur le col de l'utérus au moindre changement de couleur et de consistance, le Société royale de médecine de Bordeaux mit au concours la question suivante : « Etablir les caractères distinctifs des divers engorgements et ulcérations du col et du corps de l'utérus; exposer les meilleures méthodes de traitement qui conviennent à chacun d'eux, et préciser les cas qui nécessitent l'extirpation des parties malades.» La première édition de cet ouvrage répondit à l'appel, et obtint le suffrage unanime de la Société, d'après un rapport favorable qui en fut fait, et qu'on peut lire dans les numéros d'août et de septembre 1831 du Journal de médecine pratique de la Société royale de médecine de Bordeaux; ce rapport flatteur étant trop long pour trouver place ici.

Cette seconde édition confirme par de nouveaux faits et par de nouvelles considérations la plupart des théories émises dans la première. L'auteur y signale plusieurs formes d'altération morbide qu'il n'avait pas traitées dans son premier ouvrage, et qui n'ont pas été mentionnées non plus dans les livres publiés depuis sur cette matière. Tels sont les *engorgements sanguins hémorrhagiques* confondus jusqu'ici avec les hémorrhagies essentielles et toutes les variétés de carcinomes. L'*œdème du col de l'utérus* y est aussi cité pour la première fois; l'auteur a restreint la dénomination d'*hypertrophie* aux engorgements essentiellement et exclusivement dus à un excès de nutrition sans altération de tissu. Il décrit, sous le nom de *squirrhe rampant*, une forme particulière de cancer qu'il a récemment observée. Il a substitué une division nouvelle à celle qu'il avait précédemment donnée des affections cancéreuses, et que la critique lui avait justement signalée comme vicieuse.

Quelques médicaments nouveaux ont été introduits dans la thérapeutique des affections utérines; M. Duparcque a obtenu des effets résolutifs avantageux du tartre stibié, contre les engorgements et les indurations.

Dans la première édition, il avait à lutter contre l'abus déplorable que l'on faisait de l'amputation du col de l'utérus; dans celle-ci il a eu à lutter contre un autre abus moins grave en apprence, mais tout aussi dangereux, à cause de l'effroi moins grand, moins général qu'il cause aux malades, la cautérisation. Il n'a pas exclu ces deux moyens, il a limité leur emploi.

Notre intention n'est pas de donner ici un examen détaillé de chacune des parties d'un ouvrage que beaucoup de praticiens ont sans doute consulté dans la première édition; nous nous contenterons de donner les grandes divisions. L'ouvrage est partagé en deux parties : la première, sous le nom de considération générales, examine l'étiologie des maladies utérines, leur siége, leur symptomatologie, leur thérapeutique générale. L'auteur s'élève contre l'inévitabilité et l'incurabilité absolue du cancer.

La seconde partie consacrée à la pathologie spéciale est divisée en quatre classes, sous les quatre titres suivants : exubérances, engorgements proprement dits, ulcérations, et affections cancéreuses.

Les exubérances renferment les polypes fibreux, les excroissances polypiformes, vésiculeuses, fongueuses, idiopathiques et carcinomateuses, les végétations cellulo-vasculaires, et la métrite granuleuse.

Aux engorgements se rapportent : l'hypertrophie, les engorgements stéatomateux, œdémateux, congestifs simples et congestifs hémorrhagiques; il considère ceux-ci comme le premier degré du cancer mou. Après eux viennent les engorgements inflammatoires, compris sous le nom de métrite catarrhale et parenchymateuse, et, comme suite, les abcès, les indurations, les engorgements squirrheux, cartilagineux et osseux. Il rattache aussi à cette classe les tubercules et les productions encéphaloïdes et mélaniques.

Les ulcérations, classe peu connue à cause de la variété de ses formes, sont divisées en érosions, en ulcérations simples et herpétiques, en ulcères scrofuleux, scorbutiques chancreux (syphilitiques ou idiopathiques) et cancéreux, enfin, en cancers ulcérés.

La dernière classe traite de l'histoire particulière des affections cancéreuses, que M. Duparcque divise en hypersarcoses cancéreuses, en cancer mou ou sanguin, en cancer squirrheux, en cancer rampant, en cancer encéphaloïde, et en cancer confirmé ou ulcéré qui peut être primitif et est plus souvent le dernier terme de toutes les formes morbides précédentes.

Nouveaux éléments de zoologie, ou étude du règne animal, disposé en séries, en marchant des espèces inférieures aux supérieures, par H. Hollard, D.-M, professeur d'histoire naturelle et d'anatomie comparée (1).

La plupart des abrégés de zoologie publiés dans ces derniers temps sont faits d'après la classification de Cuvier. M. Hollard a préféré et les principes et la classification de M. de Blainville. Nous pensons qu'il a eu raison: la méthode synthétique nous élève par degrés de ces organismes où la vie est à peine sensible, jusqu'à ceux qui réunissent

(1) Deux vol. in-8°. Chez Labé, rue de l'École-de-Médecine, 10.—1838 et 1839.

dans leur structure et dans leur instinct les conditions les plus variées de perfectionnement. Cette méthode est presque la seule suivie en Allemagne ; c'est celle aussi qui se prête le mieux aux considérations générales, à la philosophie de la science, dont les Allemands usent et abusent tant.

En tête de l'ouvrage se trouve une introduction où sont discutés quelques-uns des principes de l'organisation animale. L'auteur y attaque vivement ceux qui, en admettant l'individu comme seule réalité naturelle, nient par cela même la réalité de l'espèce, et sapent les bases de toute classification, puisque l'espèce se transformerait indéfiniment depuis l'éponge jusqu'à l'homme. Cette erreur a bien été souvent aussi provoquée par certains zoologistes qui, le scalpel et le microscope à la main, se sont prodigieusement exagéré les nuances qui appartiennent aux races et aux variétés et en ont abusivement fait des différences spécifiques. Le meilleur moyen de l'éviter est, dit-il, de donner une bonne définition de l'espèce. Nous désirons bien que la chose soit aussi simple ; mais malheureusement il est encore plus difficile de caractériser l'espèce en général que de constituer et de limiter une espèce en particulier. Voici toutefois la définition qu'en donne l'auteur : « L'espèce est un type d'organisation, de forme et d'activité rigoureusement déterminés, qui se multiplie dans l'espace et se perpétue dans le temps par génération directe, et d'une manière indéfinie. »

Nous aurions desiré que l'auteur l'eût mieux encore limitée en ajoutant à sa définition : « et qui tend toujours à revenir à son état primitif lorsque les circonstances ambiantes qui l'en ont fait dévier viennent à cesser. » Ce serait un frein imposé à l'introduction des races et des variétés dans le règne animal qui, comme le dit fort bien M. Hollard, a à s'occuper avant tout de la coordination des espèces.

Maintenant sur quoi fonder la méthode de classification? M. Virey voulait qu'elle reposât sur le système nerveux. Cuvier, moins heureux, l'a fondée en outre sur les organes de la circulation, qui donne bien plus la mesure de la nutrition que celle de l'animalité. M. Hollard part, quant à lui, du principe qu'en zoologie tout caractère doit se lire à la surface, et si le système nerveux et ses modifications ne se révélaient par les modifications de la forme du corps, on ne pourrait asseoir sur ce système qu'une classification anatomique qui exigerait le scalpel pour être appliquée aux espèces. Pour ce qui est de l'importance des divers appareils de l'économie quant aux caractères qu'ils peuvent fournir, voici comment il les range : en première ligne, les appareils des sens et du mouvement, c'est-à-dire l'enveloppe générale ; en seconde ligne, l'appareil reproducteur, surtout lorsqu'il s'étend à l'extérieur; en troisième le canal alimentaire; enfin l'appareil respiratoire. Il compte à peu près pour rien l'appareil circulatoire, trop profondément placé pour même être mis en ligne. Une raison qu'il en donne, et qui est assez bonne, c'est que les insectes, qui en ont à peine les rudiments, sont cependant très-haut placés dans la série. M. Hollard n'oublie pas de faire intervenir la *finalité* pour faire apprécier à leur juste valeur certaines modifications d'organisation.

Le règne animal est distribué en trois grandes divisions : les animaux amorphes, les animaux rayonnés et les animaux pairs. La première division n'occupe pas un long espace, car elle se borne à peu près aux théties, aux spongilles et aux éponges.

La seconde offre le second type général de la série animale, la forme rayonnée. L'auteur la partage en trois grandes classes : les polypiaires, les arachnodermaires ou méduses, et les cirrhodermaires ou échinodermes. C'est dans les polypiaires que se rangent ces hydres vertes si communes dans nos mares, les coraux dont le corps gélatino-crétacé repose en couche mince sur un axe arborescent d'un si beau rouge. Les arachnodermaires sont les acalèphes de Cuvier. Ils habitent tous la mer. La troisième classe offre pour type ces astéries dont nos rivages abondent. Les holothurides ferment la division des rayonnés, et leurs formes plus perfectionnées que les précédentes nous préparent à la nouvelle forme générale que vont adopter désormais les animaux de la troisième division, forme caractérisée par la possibilité de diviser le corps en deux parts à peu près symétriques. Trois grands types se partagent cette division: les mollusques, les articulés et les vertébrés. Mais, avant d'arriver aux premiers, M. Hollard, à l'exemple de M. de Blainville, intercale trois groupes d'êtres qu'on avait jusque-là rangés dans les rayonnés, mais qui tiennent aussi beaucoup des mollusques. Ces trois groupes, sorte d'entre-type, sont les ciliogrades, les diphés et les physogrades.

Les mollusques sont, dans le livre de M. Hollard, classiquement divisés en trois classes: les acéphalés, les céphalidiens et les céphalés. Leurs noms indiquent assez leurs différences. Les hétérobranches, le premier ordre, sont les acéphales sans coquille de Cuvier. Le deuxième ordre, les lamellibranches, sont les acéphales testacés du même auteur. C'est dans cet ordre qu'on trouve les moules, les huîtres. Le troisième ordre, les rudistes, ne comprend que des fossiles. Le quatrième, les palliobranches, sont les brachiopodes de Cuvier.

La deuxième classe, les céphalidiens, ont déjà quelque chose qui ressemble à la tête. Elle est divisée en trois sous-classes : les monogènes, les digènes monoïques et les digènes dioïques.

La troisième, les céphalés, sont la classe la plus élevée du type. Elle comprend, dit M. Hollard, trois ordres assez distincts,

mais dont les animaux ne sont pas également connus. Les deux premiers sont, à deux exceptions près, les genres nautile et spirale composés d'espèces fossiles. Avant de passer aux animaux articulés, on trouve encore un entre-type, ce sont les malentozoaires ou mollusques articulés.

M. Hollard, d'après M. de Blainville, fait reposer la distribution des animaux du type des entomozoaires sur les appendices locomoteurs, c'est-à-dire sur ce qui mesure le mieux leur animalité. De là, neuf classes fondées sur le nombre des pieds. Mais avant d'aborder les véritables entomozoaires, M. de Blainville intercale là, sous le nom de subannélidaires, un groupe d'animaux autrefois rangés parmi les zoophytes. Le plus grand nombre des espèces habitent les intestins ou les tissus des animaux vertébrés. Leur forme se rattache plus ou moins aux articulés.

Les apodes de l'auteur répondent à des animaux réunis par Cuvier dans ses échinodermes sans pieds, ses intestinaux et ses annélides abranches. Les chétopodes, ou animaux à pieds soyeux, répondent aux annélides de Lamarck et Cuvier; viennent ensuite les malacopodes, très-petite classe établie par M. de Blainville, les myriapodes. Les crustacés classiques de Cuvier sont compris par M. Hollard dans les trois classes des tétradécapodes, ou animaux à quatorze pattes, des hétéropodes dont les appendices ambulatoires sont presque exclusivement natatoires, et des décapodes. Viennent à la suite les octopodes ou arachnides, et enfin les hexapodes, ou insectes, les plus élevés des entomozoaires. Dans la description de cette classe, l'auteur a adopté la division classique, fondée sur l'absence, ou la présence, et l'organisation des ailes; les puces, rangées dans les hémiptères par la plupart des naturalistes, à cause de la disposition rostriforme de leur bouche, ont été ramenées à l'ordre des aptères par M. de Blainville, qui ne paraît pas éloigné, du reste, de fixer leur dernier domicile dans les diptères. L'autre genre unique des aptères sont les poux. Il faut convenir que si ces deux genres se rencontrent très-bien comme parasites sur le même individu, ils concordent assez mal dans un ordre naturel; l'ordre des diptères a pour type des animaux presque aussi incommodes, les cousins, les mouches et les taons; celui des hyménoptères offrirait à un naturaliste allemand des nuées de considérations philosophiques et morales par l'instinct de sociabilité qui réunit plusieurs de ses genres en républiques policées, telles que les abeilles, les fourmis, etc. Les classificateurs d'outre-Rhin ont adopté la synthèse pour recouvrir leur échafaudage naturel d'un habit philosophique, qui le fasse valoir sans cacher ses formes. M. Hollard a bien fait d'adopter l'ordre synthétique; nous eussions aimé aussi à le voir distraire l'aridité de son sujet par des considérations d'ensemble, des considérations un peu philosophiques, ne fût-ce que comme historique de l'état de la science en Allemagne. Après les hyménoptères, on nous montre successivement, et sans changement systématique important, les lépidoptères, la plupart si ennemis de la nature végétale, mais dont un genre, les vers à soie, nous en dédommage amplement; ensuite les névroptères, représentés par ces agrions si remarquables par les jolis reflets métalliques, verts et bleus du corps; les hémiptères commencent une nouvelle série d'hexapodes caractérisée par la consistance des téguments, surtout par celle des ailes supérieures qui servent d'étui aux ailes inférieures repliées. Les hémitpères sont nombreux et variés, puisqu'on y remarque les cochenilles, les pucerons, les cigales, les punaises; au-dessus viennent, dans les orthoptères, les criquets, les sauterelles, les grillons, les courtillères, les perce-oreilles. Les coléoptères, beaucoup plus nombreux et plus variés, ferment la classe intéressante des insectes, dont l'instinct prodigieux pour leur rang dans la série, prouve, à la honte de toutes les méthodes créées jusqu'à ce jour, que les classifications purement anatomiques, fondées même sur le système nerveux, ne sauraient donner la raison de la dignité d'un animal. Nous allons passer maintenant aux vertébrés dont la première classe, les poissons, après ce que nous ont montré les insectes, ne nous donnera pas un haut avant-goût de la vertèbre ou des os, si on leur fait apporter leur instinct dans la balance.

Les poissons cartilagineux forment la première sous-classe des poissons; telles sont les lamproies, les raies, les esturgeons. A la deuxième se rapportent les poissons osseux, de l'ordre unique des apodes de Cuvier; l'auteur en fait deux, les apodes et les dipodes; mais le premier ne contient qu'un genre, les murènes.

On passe ensuite à la classe des amphibiens qui ne renferme qu'une partie des vertébrés ovipares, réunis sous le nom d'amphibies, de reptiles, ou les batraciens de Cuvier. M. de Blainville les divise en pseudo-phidiens, en pseudo-sauriens et en batraciens. La troisième classe, celle des ichthyosauriens, n'est connue que par des restes fossiles; elle n'est que mentionnée, et seulement comme classe de transition à la suivante, celle des reptiles. Les noms des ordres de cette classe sont nouveaux; ce sont les saurophiens qui se subdivisent en serpents proprement dits, et en lézards; les émydosauriens ou crocodiliens, très-peu nombreux; les plériasauriens, qui ne sont connus qu'à l'état fossile, et les chéloniens. Avant d'arriver aux oiseaux, M. de Blainville établit une classe, celle des ptérodactiliens pour le genre fossile unique des ptérodactyles, dont Cuvier faisait des reptiles.

Celle des oiseaux est divisée en neuf ordres, les nageurs ou palmipèdes; les gralles ou échassiers; les coureurs ou stru-

thions; les marcheurs ou gallinacés; les colombins; les sauteurs ou passereaux, qu'on pourrait aussi appeler chanteurs; les grimpeurs; les ravisseurs ou oiseaux de proie; et enfin les préhenseurs ou perroroquets.

La classe des mammifères est sous-classée en ornithodelphes, en didelphes et en monodelphes. Ces derniers, qui comprennent l'immense majorité de la classe, sont divisés en cinq ordres: 1° les ongulogrades, subdivisés à leur tour en ruminants, en solipèdes, en pachydermiens, et en brutes; ces derniers sont exclusivement herbivores et tous étrangers à l'Europe, tels sont les rhinocéros; 2° les gravigrades (lamantins, éléphants); 3° les rongeurs, subdivisés en familles de marcheurs, de coureurs ou léporins, de sauteurs, de fouisseurs (castors, rats), de grimpeurs; 4° les carnassiers, dont on a fait plusieurs sous-ordres, les carnivores, les édentés, les insectivores et les cheiroptères; 5° les quadrumanes enfin.

Nous aimons que l'auteur n'ait point ici classé l'homme. L'homme, comme il dit fort bien, est vertébré, est mammifère; et cependant qui le définirait un animal vertébré, un animal mammifère? L'humanité est autre chose qu'un simple progrès de l'animalité.

Tel est l'ordre suivi par M. Hollard, d'après la classification de M. de Blainville. Nous n'examinons point ici si cette dernière est à l'abri de tout reproche; de long-temps encore, probablement, il ne sera donné à personne de fixer la science à l'égard des divisions; mais la méthode suivie ici est un progrès, et nous n'hésitons pas à penser qu'on profitera plus avec ce livre qu'avec d'autres également bien faits, mais où la méthode analytique de Cuvier est adoptée dans toute sa rigueur. Nous devons ajouter que vingt-deux planches coloriées aident à l'intelligence du texte.

Revue des journaux français.

REVUE MÉDICALE.

De l'infection et de la contagion morbifiques, causes des principales maladies qui attaquent l'homme et les animaux; par M. Audouard, ancien médecin principal d'armée.

Dans la plupart des maladies, dites contagieuses, la contagion, dit M. Audouard, est le résultat de l'infection; celle-ci est donc primitive, l'autre secondaire.

Examinons avec lui les principales maladies qui sont l'occasion des débats élevés entre les médecins, et pour cela remontons autant que possible à leur origine.

Typhus. Il résulte ordinairement de l'entassement des hommes dans les hôpitaux ou dans les dépôts de prisonniers de guerre, et de la malpropreté qui s'établit dans ces lieux par suite de cet entassement. Les maladies les plus simples prennent alors un mauvais caractère, et la mort ne tarde pas à faire beaucoup de ravages soit parmi les malades et les prisonniers, soit encore parmi les assistants, officiers de santé, etc., etc. Pour faire la part très-large à l'infection, M. Audouard admet que tous les individus qui sont frappés dans un tel hôpital ont reçu la maladie par ce moyen, tous ayant été placés dans le foyer de l'infection. Mais il a vu aussi de ces officiers de santé qui y avaient contracté la maladie, la subissant dans leurs logements en ville, communiquer le typhus aux habitants de ces mêmes maisons qui n'avaient pas mis les pieds à l'hôpital. Il faut bien cependant avouer que dans de pareilles circonstances l'infection produisait spontanément le typhus qui se répandait ensuite par contagion.

Fièvre jaune. Deux épidémies de fièvre jaune, dont M. Audouard fut témoin, celle de Barcelonne en 1821, et celle du Passage, en 1823, lui fournirent l'occasion de constater que dans l'une et l'autre circonstance, des bâtiments négriers, nouvellement arrivés dans ces ports et venant d'Amérique, avaient donné la fièvre jaune à des charpentiers qui avaient été chargés de les radouber; que ces charpentiers avaient été les premiers atteints dans l'une et l'autre population, qu'ils avaient subi leur maladie dans leurs maisons où ils étaient morts, et que cette maladie s'était propagée dans d'autres maisons dont les habitants n'avaient pas communiqué avec les bâtiments en question. Mais ce que les charpentiers ont rapporté, c'est qu'en enlevant les planches qu'ils devaient remplacer par de nouvelles, ils avaient été presque suffoqués par une émanation très-infecte sortie de dessous ces planches. C'était là une véritable infection d'une nature spéciale, mais sous plusieurs rapports comparable à celle des hôpitaux encombrés de malades, d'où naît le typhus. Après que les charpentiers de Barcelonne et du Passage eurent succombé à cette maladie qu'ils avaient contractée réellement dans le foyer d'infection, d'autres personnes qui n'avaient pas pénétré dans les navires furent atteintes de la même maladie; or celle-ci était, à n'en pas douter, fille de la première.

Il y eut pendant deux ou trois mois une véritable succession par communication entre les personnes; il y eut transmission, contagion.

La *peste*, l'*hydrophobie* et la *morve* ont également été passées en revue par M. Audouard, et dans chacune de ces affections il s'est efforcé de prouver que l'infection a toujours précédé la contagion; mais il est à considérer que cette infection est le produit de la décomposition des matières animales: aussi la nomme-t-il *animale* pour la distinguer de l'infection végétale qui, née de la décomposition des végétaux, produit un au-

tre genre de maladie. Cette infection *animale* donne naissance à des maladies qui se reproduisent dans un ordre successif; cette reproduction se fait à la faveur d'un virus ou germe, ce qui est une contagion, et cette contagion s'active ou périt à la faveur de circonstances qui la favorisent ou la repoussent. Enfin M. Audouard termine en disant que l'infection précède la contagion dans la plupart des grandes épidémies, mais que la contagion est incontestable, et que c'est elle qui fait le plus de victimes.

Un mot sur le traitement du diabètes, par le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône.)

M. Bouchardat publia, il y a environ un an, un mémoire intéressant sur le traitement du diabètes; s'appuyant sur le raisonnement et l'expérience, il nous apprit le secret de modérer à volonté des accidents qui faisaient le désespoir des malades et qui amenaient souvent très-vite une terminaison fâcheuse. Ce secret, le voici: c'est de proscrire complètement du régime des diabétiques tous les aliments féculents ou sucrés, tels que riz, haricots, pois, lentilles, confitures, etc., et de les remplacer par l'alimentation exclusive des viandes, auxquelles on pourra associer plusieurs légumes, tels que l'oseille, les épinards, la chicorée, la laitue, le cresson, les œufs, les poissons, etc. S'il est difficile à beaucoup de personnes de faire un repas sans pain, on pourra leur en permettre 60 ou 90 grammes par repas, ce qui, vu la petite quantité, ne saurait avoir d'inconvénient fâcheux.

M. Payan ayant eu occasion de mettre en usage ce traitement chez un diabétique, en retira les plus grands avantages, et c'est pour corroborer les faits signalés par le médecin-chimiste de Paris, qu'il a publié cette petite note.

Leçons sur les maladies de la peau; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Avant d'entrer dans l'étude approfondie des maladies de la peau, M. Gibert jette un coup-d'œil rapide et général sur quelques-uns de ces remèdes préconisés tour à tour comme *spécifiques* dans le traitement des dartres.

A. Les préparations *sulfureuses* s'offrent naturellement en première ligne. Applicables au traitement de presque toutes les maladies vulgairement désignées sous le nom de *dartres*, elles sont employées comme spécifiques à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement de la *gale*. Selon M. Gibert, les préparations sulfureuses sont le remède qui montre le plus d'efficacité, et qui trouve le plus journellement son application dans le traitement des maladies dartreuses. Sous ce rapport il partage l'opinion d'Alibert, qui attachait un grand prix au soufre et à ses composés.

B. Les préparations *mercurielles* exploitées par certains empiriques ont une valeur réelle et qu'on ne saurait leur contester.

C. Le *nitrate d'argent*, sous la forme usuelle de pierre infernale, promené comme caustique léger sur les surfaces vives de la peau affectée d'eczéma ou d'impétigo chroniques, est d'une incontestable efficacité dans certains cas. Pendant plusieurs années Alibert l'appliqua à presque toutes les maladies dartreuses avec quelque avantage. En pathologie cutanée, les cas qui réclament de préférence la cautérisation avec le nitrate d'argent sont les *impétigo* et les *eczéma* chroniques et partiels des narines, des oreilles, de l'anus.

D. Les préparations *antimoniales*, si vantées jadis contre les maladies dartreuses, sont aujourd'hui grandement délaissées.

E. Les préparations *arsenicales* ont été hautement préconisées par quelques praticiens; il est vrai que les affections squammeuses traitées par ces moyens ont été guéries chez un grand nombre de sujets, mais ni mieux, ni plus vite, ni plus sûrement que par d'autres méthodes beaucoup moins sujettes à inconvénients; aussi doit-on y avoir rarement recours.

F. M. Gibert fait un très-fréquent usage des *chlorures* et surtout des *iodures* employés de préférence comme topiques. Ces remèdes ont une action détersive fondante et résolutive très-précieuse. Il est bien rare, lorsque la dose est restreinte dans des limites convenables, que le degré d'excitation produit soit assez intense pour devenir nuisible.

G. Les *sels* neutres, acides, et surtout *alcalins*, sont d'un usage quotidien dans les maladies dartreuses. Les premiers sont donnés à l'intérieur comme altérants et laxatifs; les derniers sont plus souvent employés à l'extérieur.

Jusqu'ici nous ne possédons réellement pas contre les maladies dartreuses de spécifique absolu, et dont on puisse comparer les effets à ceux du quinquina dans les fièvres d'accès.

Les préparations sulfureuses, mercurielles, iodurées, chlorurées, salines, alcalines, rendent sans doute de grands services dans le traitement des maladies cutanées chroniques, mais plutôt comme faisant partie de médications variées et modifiées selon la forme, la marche, la période, la cause et le caractère de l'éruption, les conditions particulières du sujet, que comme remèdes *spécifiques*, à proprement parler.

Quant aux nombreux végétaux rafraîchissants, détersifs et dépuratifs, vantés dans le traitement des dartres, depuis l'*éclair* ou la grande chélidoine des anciens jusqu'à la *douce-amère* des modernes,.... M. Gibert les emploie sans doute, mais sans posséder

d'observations bien rigoureuses à l'appui de la vertu spécifique de ces plantes dont l'usage est sanctionné par la tradition, et par une sorte de vogue populaire. Les espèces émollientes, résolutives, détersives, sous forme de bains, de lotions, de fumigations, de fomentations, de cataplasmes, trouvent aussi fréquemment leur application dans le traitement de l'*eczéma*, de l'*impétigo*, de l'*acne*, de la *teigne*, soit pour dépouiller la peau des squammes et des croûtes qui la revêtent, soit pour calmer l'inflammation qu'on y observe.

Un des topiques les plus anciennement employés, et dont M. Gibert se sert encore avec le plus d'avantage dans les cas nombreux où les émollients purs ne conviennent pas, et où cependant la susceptibilité de la peau s'oppose à l'emploi des astringents et des résolutifs proprement dits, c'est le *lait d'amandes*, conseillé par presque tous les écrivains grecs et latins, comme un excellent cosmétique.

Nouvelles recherches sur la membrane hymen et les caroncules hyménales, par le docteur C. Devilliers fils.

Il résulte des nombreuses recherches auxquelles s'est livré M. Devilliers que :

1° L'hymen existe toujours et d'une manière sensible dans les derniers mois de la vie intrà-utérine et chez les enfants en bas-âge.

2° Son absence totale peut être considérée comme une anomalie.

3° Aux époques dont il vient d'être question, l'hymen se présente dans la très-grande majorité des cas sous la forme d'une membrane repliée dans le sens de sa largeur, dont les deux feuillets sont accolés dans une direction perpendiculaire, et semblent un simple prolongement de la muqueuse.

4° A mesure qu'on s'approche de la puberté, cette direction se perd et devient horizontale.

5 L'âge où ce changement a lieu est très variable et paraît dépendre principalement de la longueur de la membrane et du développement plus ou moins précoce du bassin en général.

6° Il est aisé d'expliquer, par ce mécanisme, comment quelquefois l'hymen semble diminuer d'étendue ou même s'atténuer sans qu'aucune cause extérieure y ait contribué.

7° La forme que M. Devilliers a le plus communément trouvée à l'hymen est semilunaire, puis celle qui présente quelques rudiments de la circulaire, et enfin, mais plus rarement, la circulaire elle-même.

8° La structure de l'hymen est beaucoup plus molle, plus flexible, ses bords sont plus mousses, son épaisseur et sa longueur *proportionnellement* plus grandes dans les premiers temps de la vie extra-utérine qu'à tout autre âge.

9° La terminaison inférieure des colonnes et rides du vagin concourt à former l'hymen et à le renforcer sur plusieurs points de son étendue.

10° Lorsque la déchirure de cette membrane s'opère, elle a lieu sur les points les moins résistants, ou les premiers exposés à la distension. Ces points varient, pour le siége et le nombre, suivant l'étendue de l'hymen, sa forme, sa résistance, l'*existence ou l'absence des plicatures vaginales* qui la doublent, suivant enfin la nature des causes agissantes, etc., etc.

11° Les véritables caroncules hyménales sont le résultat de cette déchirure, et n'existent qu'au lieu qu'occupait l'hymen, c'est-à-dire sur une ligne représentant son ancienne insertion.

12° Cette situation des caroncules et ensuite leur forme et leur aspect, qui varient suivant beaucoup de circonstances, mais ont cependant des caractères particuliers et bien tranchés, servent à les faire distinguer des autres productions charnues qui peuvent se rencontrer aux mêmes parties.

Observation de pied-bot varus (strephendopodie.) Guérison en vingt-et-un jours, au moyen du plâtre coulé ; par M. Verger, d.-médecin à Châteaubriand.

M. Verger vit, en novembre 1838, un enfant de deux mois dont la plante du pied était complètement tournée en dedans, et dont le pied appuyait sur le bord externe; cependant la malléole externe ne posait pas encore sur le sol.

L'enfant était venu ainsi au monde. M. Verger tenta la réduction et il y réussit, quoiqu'avec peine et après plusieurs efforts. Mais comment le maintenir réduit? Après avoir mûrement réfléchi, il s'arrêta à la méthode de Dieffenbach, de Berlin, pour les fractures de la jambe, au plâtre coulé. Il appliqua une première bottine en plâtre; mais comme il n'avait pu tenir le pied dans une immobilité parfaite, il recommença pendant que l'enfant tétait. Cette seconde bottine fut parfaitement adaptée; elle fut levée six jours après pour s'assurer de l'état du pied qui fut trouvé parfaitement droit, mais, avec tendance à revenir à sa déviation primitive. On appliqua une troisième bottine, qui resta quinze jours en place, ce qui faisait en tout vingt-et-un jours de traitement, et alors le pied fut trouvé parfait et sans tendance à revenir à sa difformité primitive; mais pour plus de sûreté, un petit appareil fut appliqué sur le pied et sur la jambe pendant quelques semaines.

Depuis dix mois que le traitement est fini, cet enfant, maintenant âgé d'un an, est bien guéri sans crainte de récidive.

Fièvre intermittente et catarrhe vésical symptomatiques d'un rétrécissement du méat urinaire, par le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

L'expérience avait depuis long-temps démontré à M. le docteur Payan qu'il existait des rapports très-intimes entre la production d'accès fébriles, tout-à-fait semblables à ceux des fièvres intermittentes, et certaines maladies des voies urinaires; mais en général de nouveaux accès ne succèdent pas au premier, et tout paraît fini là. Cependant les choses ne se sont pas passées ainsi chez un malade que M. Payan a eu à soigner.

M. J..... éprouvait depuis neuf ou dix ans tous les symptômes d'un rétrécissement uréthral qui le gênait considérablement, et comme il ne pouvait rendre les urines que par un jet fort petit, il lui arrivait souvent de ne vider que très-incomplètement sa vessie. Il en résulta que les urines, en s'altérant fréquemment par un trop long séjour dans leur réservoir naturel, et faisant ainsi éprouver leur action devenue irritante à la vessie, l'enflammèrent chroniquement. De là une sécrétion de mucosités purulentes et fétides délayées dans les urines, et rejetées avec elles, non sans peine toutefois; de là aussi le sentiment d'une douleur sourde dans la région hypogastrique. Mais ce qu'offrait d'autrement remarquable ce malade, c'étaient les fréquents accès de fièvre intermittente qui s'emparaient de lui. Fatigué par cette cause et par sa maladie de vessie, il était considérablement amaigri, et ne se sentait plus la force de se livrer à ses occupations. Cependant les conseils et les remèdes ne lui avaient pas manqué; mais que pouvaient toutes les médications en laissant la cause du mal persister dans toute son intégrité? Il fallait donc rendre aux urines leur libre cours; c'est ce que fit M. Payan. Il s'assura que cette ischurie provenait de l'étroitesse de l'extrémité du canal, savoir, de la partie qui est creusée dans le gland. On sentait effectivement le restant du canal se distendre, quand la vessie se contractait, jusque vers le gland, siége de la stricture; on pouvait voir, au reste, à l'œil nu, combien était étroite l'ouverture du méat. Agrandir cet orifice était donc l'indication qui se présentait la première. M. Payan se servit de l'urétrotome de M. Civiale. L'extrémité d'une bougie fut placée dans l'orifice élargi, pour prévenir le recollement des lèvres de la plaie. Dès ce moment, l'obstacle à la libre émission des urines n'exista plus, et en même temps s'enfuirent sans retour ces angoisses qui accompagnaient leur sortie. La vessie se débarrassant alors librement, les urines cessèrent bientôt d'être muqueuses; quinze jours ne s'étaient pas encore écoulés, qu'il ne restait plus de vestiges de catarrhe vésical. Depuis également la même époque, il n'a plus été question de ces accès de fièvre intermittente erratique, qui avaient si longtemps tourmenté ce malade.

Du ballottement considéré comme moyen de diagnostic des tumeurs abdominales; par M. Fournet, chef de clinique de la faculté.

Le ballottement est ce moyen d'investigation applicable au diagnostic des tumeurs suspendues au milieu d'un liquide, dans une cavité à parois molles, par lequel, poussant l'une contre l'autre la paroi et la tumeur, on provoque et on recueille avec la main plusieurs chocs successifs qui servent à juger la forme extérieure, le volume, la densité, et par suite l'état organique de cette tumeur.

Dans l'état normal, on ne provoque et on ne perçoit sur aucun point de l'abdomen de sensation semblable au ballottement.

Plusieurs conditions sont nécessaires à la production de ce phénomène :

1° La première étant la souplesse des parois de la cavité où on recherche le ballottement, il en résulte que la cavité abdominale seule est accessible à ce moyen de diagnostic. Il faut que l'épanchement péritonéal soit peu abondant; que les muscles abdominaux soient dans le relâchement, etc., etc.

2° L'une des conditions qui favorisent le plus l'exercice du ballottement, c'est la mobilité, la suspension de la tumeur dans la cavité abdominale. Les formes convexes sont plus facilement appréciées que les formes planes ou déprimées.

3° Un contact trop immédiat entre la tumeur et la paroi abdominale, de même qu'un trop grand éloignement, empêchent le ballottement d'avoir lieu.

4° L'existence d'un corps fluide, qui établisse, entre la paroi abdominale et le viscère malade, l'intervalle indispensable à leur mouvement de choc, qui fuie sous la pression des deux surfaces dont l'une est poussée vers l'autre, et qui facilite et permette leur choc, complète les conditions du ballottement. Le ballottement peut être pratiqué à une ou à deux mains.

Il est inutile de dire que la sensation de choc fournie par le ballottement varie selon les diverses conditions anatomiques des viscères, des tumeurs accessibles à ce mode d'exploration; de là la valeur séméiologique de ces sensations.

M. Fournet termine son mémoire en reconnaissant que beaucoup des résultats fournis par le ballottement peuvent être obtenus par les autres moyens d'investigation déjà en usage, comme le palper simple ou avec pression, la percussion, quelquefois la succussion abdominale, etc., etc.

Leçons de M. Clot-Bey sur la peste et la contagion. Réflexions à ce sujet par le docteur Tanchou.

M. Clot-Bey vient de faire, dans l'amphithéâtre de la Pitié, des leçons qui ont suggéré à M. le docteur Tanchou les réflexions que nous relaterons dans la suite.

En partant pour l'Egypte, M. Clot-Bey était contagioniste; mais après *la terrible épidémie de* 1835, ses idées changèrent entièrement de face.

Origine de la peste. La plupart des auteurs ont prétendu que la peste d'Egypte a existé de tout temps. D'après M. Clot, cette assertion est des plus vraies, et pour lui la peste n'est pas une maladie nouvelle.

Etiologie de la peste. Elle nous est aussi inconnue que celle du choléra, de la fièvre jaune, de la scarlatine, de la grippe, etc. Cependant on a voulu donner à la peste des causes particulières; ainsi on l'a attribuée à l'infection du limon du Nil, à l'évaporation des eaux de ce fleuve. En outre on a invoqué bien d'autres causes qui, il faut le dire, ne sont pas plus probantes : la malpropreté, l'indigence. Eh bien! selon M. Clot-Bey, les *causes locales* ne sont pour rien dans la production de la peste. Elles peuvent assurément favoriser le développement de la maladie, l'aggraver même, mais elles ne l'enfantent pas, pas plus que ces mêmes causes locales ne sont capables d'enfanter le choléra, la variole, la scarlatine, etc. Il y a là une cause à part, quelque chose qui donne la maladie, et qu'il faut bien distinguer de toutes les influences locales qui viennent d'être passées en revue.

Thérapeutique de la peste. On en est réduit aux mêmes conditions que pour le choléra; *toute la pharmacologie a été employée*, et les médecins n'ont pas manqué d'attribuer des succès aux moyens qu'ils ont mis en usage.

Le reproche adressé par M. le docteur Tanchou, à cette première partie, se réduit à regretter le laconisme qu'a mis M. Clot lorsqu'il est venu à tracer l'histoire de la peste... Disons ici que nous partageons pleinement les vues du docteur Tanchou, et que de notre côté nous sommes vivement affligés que M. Clot-Bey n'ait pas comblé un vide qui est immense pour nous, et que lui seul pouvait remplir.

De la contagion et la non-contagion de la peste. — Considérations relatives aux lazarets et aux quarantaines. On a dit : La contagion peut s'effectuer suivant deux modes; par les miasmes, par l'inoculation. M. Clot-Bey a tenté des inoculations avec le pus des bubons et la sérosité des pustules charbonneuses, et la peste ne s'est pas déclarée; aussi rejette-t-il entièrement la contagion par virus. La peste, dit M. Clot, est une maladie analogue au choléra, à la fièvre jaune, etc. Je ne dis pas au *typhus*, qui paraît être *contagieux par miasme.* C'est une maladie épidémique qui tient à une cause générale, et les causes ordinaires d'insalubrité peuvent toutes favoriser son développement, comme elles favorisent toutes les autres épidémies auxquelles je la compare. M. Clot-Bey ajoute ensuite *que les quarantaines et les lazarets n'ont que l'apparence de pouvoir nous mettre à l'abri de la contagion!* Selon M. Tanchou, c'est déjà une grande chose que la tranquillité, et quand même il n'y aurait réellement que cela, il faudrait s'abstenir de les supprimer; car ne sait-on pas qu'à Paris, en 1832, des milliers d'individus ont été malades, et que plusieurs sont morts de la peur du choléra, etc. etc.?

En résumé, M. Clot-Bey nie la contagion de la peste, et regarde comme inutiles les lazarets et les quarantaines.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur deux cas d'extraction de corps étrangers introduits dans les voies digestives; par M. Bouchacourt, docteur-médecin.

M. Bouchacourt rapporte deux observations, dont l'une a trait à un corps étranger introduit dans l'œsophage, l'autre a pour sujet l'histoire d'un corps étranger dans le rectum.

Le sujet de la première observation est un ouvrier tailleur, dans l'œsophage duquel une pièce de cinq francs s'était engagée. M. Velpeau, après plusieurs tentatives, amena la pièce au dehors, à l'aide de l'instrument de M. Grœfe, de Berlin. Au moment du passage de la pièce, au niveau du larynx, le malade accusa une légère douleur, mais le reste de l'opération ne fut pas autrement pénible.

L'instrument dont M. Velpeau s'est servi dans cette occasion est excessivement simple et fort ingénieux. M. Bouchacourt s'étonne qu'il soit à peine connu en France, quoique depuis dix ans au moins il ait été fabriqué chez M. Charrière. Il n'est peut-être pas sans intérêt de donner sa description. Il consiste en une tige de baleine suffisamment épaisse et flexible, longue de dix-huit à vingt pouces, portant à l'une de ses extrémités une éponge solidement fixée, qui, au besoin, pourrait repousser le corps étranger si on ne pouvait l'extraire; à l'autre extrémité existe un enbout d'argent qui supporte deux anneaux pleins et réunis dans les deux tiers inférieurs, à jour supérieurement en bas et fixés dans une sorte de charnière à l'extrémité de la baleine. Ils donnent lieu par leur réunion à une sorte de cône, dont le sommet tronqué très-mousse, est en bas, et la base large et arrondie regarde en haut, et présente dans ce sens un véritable évasement. L'instrument ainsi construit pénètre avec

une grande facilité dans l'œsophage, et s'insinue sans peine, à raison de sa forme, entre les parois de cet organe et le corps étranger. Lorsqu'on le retire, au contraire, une de ses extrémités venant à raser sa muqueuse, l'autre dépassant le corps étranger, celui-ci doit nécessairement être enlevé et entraîné. — Il y a près de dix ans que Dupuytren était sur le point de pratiquer l'œsophagotomie à un homme qui venait d'avaler une pièce de cinq francs, lorsqu'il eut recours à l'instrument de M. Grœfe, et parvint à l'extraire.

M. Perrochaud, interne des hôpitaux, dit avoir retiré de cette manière un sou introduit dans l'œsophage d'un enfant qui fut amené à l'Hôtel-Dieu en 1837.

Tout récemment aussi une pièce de cinq francs fut extraite, à l'aide de cet instrument, par M. Pindgrandchamps.

Ces faits, ajoutés à celui tout récent de M. Velpeau, feront sentir aux praticiens l'importance d'un instrument qu'on s'étonne, avec raison, de ne pas trouver décrit dans les traités de médecine opératoire.

Il est question, dans la deuxième observation, d'un corps étranger introduit dans la partie inférieure des voies digestives. Voici l'historique en peu de mots :

Un paysan des environs de Lyon s'était endormi en plein air en 1837; deux mauvais plaisants eurent la singulière idée de lui introduire un volumineux éteignoir dans le rectum. Lorsqu'il se réveilla, le corps étranger était arrivé au-dessus du sphincter; cet homme se présenta le lendemain à la consultation de M. Nichet, chirurgien en chef de la Charité. L'introduction de pinces à pansement ne put amener le corps étranger; il fallut, avec un bec de grue, recourber la tige de l'anneau; tirant alors sur lui, le reste vint dès que cette tige, ne s'enfonçant plus dans le rectum, ne fit plus l'office d'arc-boutant. Il faut noter que l'anneau s'était désoudé dans le rectum, et que la tige qui le formait s'était enfoncée dans les parois de l'intestin.

M. Bouchacourt formule ainsi les règles de l'opération lorsqu'il s'agira d'extraire du rectum un corps étranger. Toutes les fois que le corps étranger donnera lieu dans les efforts d'extraction à de vives douleurs, soit par sa direction ou par son volume, on essaiera de le retourner sur lui-même, de manière à présenter à l'orifice inférieur la partie la plus étroite, ou celle qui s'engagerait le plus facilement. Il faut toujours se rappeler dans les cas de ce genre la forme de l'intestin, le rétrécissement qui le termine supérieurement, et la dilatation ou l'évasement qu'il présente en haut.—Si déjà l'inflammation s'était développée, ou que d'imprudentes manœuvres aient été pratiquées, l'injection d'huile d'amandes deviendrait fort utile en lubrifiant les parties, en facilitant leur extensibilité et le passage du corps étranger; absolument comme on le fait dans l'accouchement pour rendre plus facile le passage du fœtus à travers le vagin et la vulve.

En général, presque toutes les manœuvres qu'exige l'extraction des corps étrangers du rectum s'accompagnent de l'écoulement d'une certaine quantité de sang, rarement d'une hémorrhagie inquiétante. S'il y avait de la douleur et de l'irritation, on aurait recours aux bains de siége avec décoction de plantes narcotiques et aux lavements mucilagineux.

Mais la méthode formulée par M. Bouchacourt n'est pas toujours applicable, soit à cause du volume et de la forme, soit par la position même du corps étranger. Il faut se rappeler qu'on pourra, au besoin, le briser et l'extraire par fragments. Dans le cas de tige de bois, de corne, d'ivoire, fixée en travers sur chaque paroi du rectum, on pourra se servir, dit M. B..., des tenailles incisives ou de la scie proposée par M. Velpeau. Quant aux débridements et aux incisions de l'anus ou de l'intestin à une certaine hauteur, on ne devra y avoir recours qu'après avoir inutilement employé ces divers moyens.

Note sur un moyen d'évacuer la sérosité dans les hydropisies par l'acupuncture, par M. E. Desportes, membre de l'Académie de médecine.

M. Desportes fait depuis dix ans, dans sa pratique, l'application de l'acupuncture au traitement des hydropiques: les avantages qu'il en a retirés sont nombreux. En présence d'une anasarque et d'une ascite, ce médecin eut l'heureuse idée d'employer l'acupuncture comme moyen d'évacuer la sérosité. Les jambes de la malade (M. Desportes donnait alors ses soins à une femme attaquée d'anarsaque par récidive et d'ascite pour la première fois) étaient tellement enflées, qu'il semblait qu'au-dessus des malléoles la distension et l'amincissement de la peau allaient être suivis du déchirement çà et là de cette membrane. Des mouchetures avec la lancette ne paraissaient pas admissibles. Il fallait faire à la peau des ouvertures si petites que la guérison de ces ouvertures fût assurée, et surtout qu'on fût à l'abri des inconvéniens des mouchetures. L'acupuncture fut proposée.

Voici l'observation recueillie par M. Desportes :

La première tentative étant décidée, trois piqûres furent faites à chaque jambe, deux au-dessus des malléoles et à la face interne de la jambe, et la troisième sur la face supérieure du pied. Une ou deux piqûres donnèrent une goutelette de sang séreux; les autres laissèrent échapper seulement une goutte ou deux de sérosité.

Troisième jour. — Le surlendemain, les piqûres étaient presque effacées, ou à peine marquées; mais cinq d'entre elles avaient

versé un peu de sérosité dans la première journée. Deux seulement de ces dernières avaient continué et continuaient encore à en donner. Le liquide coulait lentement, et de temps en temps se montraient de grosses gouttes de sérosité limpide.

Huit piqûres nouvelles sont faites. Cette fois l'écoulement est abondant ce même jour, et les deux qui suivent ; en sorte qu'à la troisième visite plusieurs piqûres laissaient passer continuellement de la sérosité. Aussi les membres pelviens sont-ils notablement diminués de volume ainsi que l'abdomen.

Sixième jour. — Huit piqûres nouvelles sont opérées. A partir de ce jour l'écoulement séreux est tellement abondant et continu, que le lit en est trempé et percé de part en part. Les membres pelviens sont froids et on les couvre de linges chauds.

Du douzième au dix-septième jour, l'évacuation s'achève entièrement. Alors les parties des membranes précédemment infiltrées sont molles, flasques et pendantes. Les parois abdominales sont détendues, comme flottantes, et on les soutient avec un bandage de corps.

Sept autres cas d'hydropisie ont été traités de la même manière par M. Desportes. Des sept malades, il y en avait d'atteints, 1° deux d'anasarque seulement, pour causes débilitantes ; 2° trois d'anasarque, d'ascite et d'hydrothorax; 3° deux d'hydrothorax avec enflure du bras du côté de l'épanchement, un à droite, un à gauche. Une hydropisie enkystée de l'ovaire a été une fois l'occasion d'une seule tentative, mais vaine.

Sur tous ces cas, l'effet de l'acupuncture comme moyen d'évacuer les eaux des cavités splanchiques, a été d'autant plus assuré, plus facile, que l'anasarque ou l'œdème était plus prononcé. Les difficultés d'établir l'écoulement séreux, ainsi qu'il résulte des observations de M. Desportes, ont paru plus difficiles à surmonter à mesure qu'il y avait moins d'infiltration sous-cutanée. Il est même raisonnable de croire, dit M. Desportes, que la tentative, dans le cas d'hydropisie enkystée, n'a été suivie d'aucun effet que parce qu'il n'y avait eu aucun point d'infiltration sous la peau.

L'auteur de cette note fait suivre les observations de la méthode à employer pour faire l'acupuncture avec efficacité. Nous n'entrerons pas dans les détails à ce sujet, nous renvoyons aux auteurs.

Toutefois, nous ajouterons qu'il ne faut pas perdre de vue un des effets remarquables de ces évacuations de sérosité ; c'est qu'elles semblent prédisposer l'économie à se laisser envahir par un nouvel épanchement séreux, plus aisément et plus promptement qu'après tout autre moyen de traitement. Au moins, les cas d'hydropisie traités par les moyens diurétiques et les purgatifs ne sont pas, toutes choses balancées, suivis aussi promptement de récidives. Ainsi, il sera sage de retarder l'emploi de l'acupuncture aussi long-temps que la gêne de l'hydropisie ne sera pas insupportable.

Revue des journaux étrangers.

Caractère spécial de quelques symptômes cérébraux se rapportant aux maladies des reins chez les enfants ; par le docteur Bird.

Depuis que le docteur Bright a mis hors de doute la coexistence de certains symptômes cérébraux de nature comateuse avec la maladie des reins qui porte son nom, d'autres médecins anglais se sont jetés dans la même voie de recherches et ont débrouillé un peu la question que le père de l'albuminurie ne faisait qu'indiquer. Addison a démontré ensuite que ces symptômes cérébraux pouvaient se rencontrer dans toute autre affection organique des organes sécréteurs de l'urine que celle qui se caractérise par l'albumine et l'anasarque. En suivant la même voie de progression, on remarque qu'ils se rencontrent bien plus fréquemment encore à la suite de la scarlatine chez les enfants. Dans le travail suivant, le docteur Bird s'efforce de caractériser d'une manière plus précise les symtômes que ses confrères et lui ont observés dans les circonstances dont il est ici question.

Dans les appréciations que les pathologistes français ont faites de la valeur du symptôme principal de la maladie dite de Bright, la plupart lui ont reconnu un caractère pathognomonique. Nous entendîmes à ce sujet un des professeurs de la Faculté de Paris citer deux circonstances exceptionnelles où l'urine simule le caractère de l'albuminurie. On le rencontre encore quelquefois, disait-il, chez les personnes qui ont fait de copieuses libations de vin de Champagne, et aussi d'autres fois chez les enfants à la suite de la scarlatine. Il n'y a pas à s'arrêter sur le premier fait. Dans sa seconde assertion, le professeur s'accordait par le fait de l'observation avec les médecins anglais. Mais le docteur Bird va bien plus loin ; c'est la plupart du temps, selon lui, la maladie de Bright bien réelle. Bien souvent, dit-il, chez les pauvres de la ville et de la campagne, la scarlatine passe inaperçue, prise ordinairement pour un rhume, pour un mal de gorge, et négligée en conséquence. Plus tard, on amène à l'hôpital ces enfants dont la figure pâle, bouffie, mène à soupçonner une fièvre exanthématique antécédente, tandis que l'examen des urines fait reconnaître une affection des reins. Le plus souvent on ne peut obtenir des renseignements positifs sur la préexistence de la scarlatine, et alors, ajoute-t-il, reste à décider si on traitera les symptômes cérébraux comme primitifs ou comme consécutifs. Ces exemples se sont

surtout multipliés l'automne dernier; alors la scarlatine régnait épidémiquement dans Londres. Ils ne sont cependant pas tellement liés à l'existence antérieure de cette fièvre éruptive qu'on ne puisse les rencontrer dans d'autres circonstances. Ainsi, selon M. Bird, toute cause qui peut troubler la sécrétion des reins au point d'empêcher l'élimination convenable des matières azotées hors de la circulation, ou de prévenir leur excrétion lorsqu'elles ont été séparées du sang, peut amener le développement d'une série de symptômes cérébraux analogues à ceux qui ont été décrits par Bright et Addison. Dans les deux observations suivantes on voit des exemples de ces deux différentes causes de symptômes cérébraux.

Obs. I. — L'auteur fut appelé en consultation le 14 mai, par M. Boulette, pour un enfant de trois ans auquel celui-ci donnait ses soins depuis le 30 avril. L'enfant avait eu de la toux; son pouls était faible et fréquent, sa langue était brune et il vomissait fréquemment. L'urine était rare, la peau chaude et sèche et la face empreinte de stupeur. Tout cela était survenu sans cause bien appréciable. Le calomel administré avec quelques diaphorétiques fit cesser le vomissement qui reparut le 9 mai. Dès le 5, l'enfant était tombé dans le coma malgré les diaphorétiques, les vésicatoires au cou, les sangsues aux tempes et l'assa-fœtida en lavement.

Le docteur Bird le trouva couché, les jambes étendues, dans un état de torpeur complète. Sa face était pâle, les yeux ouverts, les pupilles dilatées, la peau froide, souple et sèche. Depuis cinq jours on n'avait pu assez le tirer de son état pour lui faire prendre des aliments. M. Bird en criant fort haut parvint encore à le réveiller assez pour lui faire prendre un peu de bouillon de bœuf; mais il retomba aussitôt dans le même assoupissement.

Il n'y avait eu ni paralysie, ni convulsions, ni rien qui pût faire soupçonner une affection encéphalgique primitive. Une petite quantite d'urine qu'on parvint à faire évacuer à l'enfant fournit de l'albumine, bien qu'il n'y eût d'ailleurs ni œdème, ni bouffissure de la face. On apprit alors que l'enfant avait eu la scarlatine l'automne précédent et qu'il ne s'était jamais bien porté depuis. Il mourut le lendemain.

On trouva à l'autopsie les membranes du cerveau légèrement rosées, tandis que la substance cérébrale était d'une blancheur remarquable. Les ventricules latéraux contenaient chacun trente grammes de sérosité. Les deux poumons étaient légèrement emphysémateux. Les deux reins, gorgés de sang, offraient à l'intérieur une couleur chocolat foncé; le droit présentait à l'extérieur une texture granuleuse peu prononcée, mais bien distincte.

Dans le second cas nous allons voir les symptômes être le résultat d'un obstacle mécanique à l'excrétion de l'urine.

Obs. II. — Un enfant de 8 jours fut apporté au dispensaire par la nourrice qui assura qu'il avait paru vigoureux au moment de sa naissance, mais que depuis il était tombé dans l'assoupissement. La stupeur était calme, le visage pâle, les yeux demi-clos et à peine sensibles à la lumière. Cet enfant n'avait point encore uriné, l'abdomen était distendu, le scrotum œdémateux, ainsi que le prépuce. On parvint difficilement à faire pénétrer une sonde qui amena une demi-pinte d'une urine fétide et trouble. Des excitants énergiques ne relevèrent l'enfant que momentanément, et il mourut dans la soirée. Un médecin du voisinage, appelé les jours précédents, n'avait point eu connaissance de la rétention d'urine.

A l'autopsie, on trouva la vessie très épaissie; sa muqueuse injectée laissait voir au-dessous d'elle de nombreuses bandes musculaires très-développées. Les reins, de couleur chocolat foncé, étaient pleins de sang, et les cônes des tubes laissaient exprimer par la compression un fluide visqueux, opaque et laiteux.

Depuis qu'on est revenu un peu de l'exclusivité des doctrines physiologiques, on savait déjà que dans le cas des symptômes cérébraux il y a cent choses à soupçonner avant l'encéphalite; ces deux cas montrent qu'il faut encore penser à une affection des reins.

(*London medical Gazette*).

Influence des manufactures où l'on travaille la laine sur la santé, par M. Thomson.

On est frappé, dit l'auteur, lorsqu'on entre dans une manufacture à laine, de la bonne mine et de l'apparence robuste des enfants qui y sont employés. Ce fait, ajoute-t-il, est tellement connu que des parents fort aisés envoient souvent leurs enfants faibles et malingres travailler dans ces manufactures où en quelques semaines ils éprouvent une amélioration notable. Cette heureuse influence est attribuée par le peuple lui-même à l'imprégnation du corps par les huiles qu'on emploie tous les jours dans ces manufactures. Ce qui milite d'une autre part en faveur de cette opinion populaire, c'est l'aspect pâle et maladif des enfants employés dans les manufactures à coton. Et cependant la durée du travail est la même dans les deux cas.

L'auteur attribue aussi à la même cause la bonne santé de ces enfants, qui sont pour ainsi dire plongés dans l'huile. Il appuie son opinion de celle des anciens sur l'utilité des onctions grasses et huileuses, et il cherche enfin à la rendre plus imposante par le témoignage suivant du chancelier Bacon : *Antè omnia igitur usum olei vel olivarum, vel*

amygdali dulcis ad cutem et extrà unguendum ad longevitatem conducere existimamus.

Mais, en revanche, l'auteur dit n'avoir jamais vu la gale aussi répandue que parmi ces ouvriers.

(*Ibid.*)

Cas remarquable de tumeur du crâne; par M. Palmer.

Le 5 septembre 1839 un jeune homme de vingt ans entra à l'hôpital avec une fracture de cuisse et une contusion à la région occipitale. Il se plaignait beaucoup plus de sa tête que de sa cuisse, et au lieu qu'occupait la contusion on sentit une tumeur molle fluctuante et soulevée par des pulsations distinctes. La fracture de cuisse n'attira que fort peu l'attention une fois qu'on lui eut opposé les moyens ordinaires. Pendant les quatre premiers jours le malade se plaignit continuellement d'une céphalalgie violente et eut même du délire à plusieurs intervalles. La tumeur restait stationnaire. Le sixième jour les symptômes s'aggravèrent, et la céphalalgie acquit un caractère intolérable. Personne n'osait porter de diagnostic, un seul médecin, réfléchissant à la contusion de la région occipitale, pencha pour l'existence d'une tumeur hématique. M. Palmer fit une ponction exploratrice avec une aiguille à cataracte et en retira environ deux cent cinquante grammes d'un liquide transparent qui s'écoula par saccades comme le sang lancé par une ouverture artérielle. Après l'opération, le malade éprouva des vertiges, des frissons, des vomissements suivis d'un accès fébrile intense.

Le lendemain matin ces symptômes reprirent un caractère plus grave, puis ils cessèrent tout-à-coup.

Trois jours après on fit une seconde ponction qui offrit les mêmes circonstances et les mêmes suites que la première.

Ces opérations furent recommencées plusieurs fois et à peu près avec les mêmes suites. Mais après l'une d'elles, de violents frissons, une céphalalgie atroce, des vomissements, la sensibilité exagérée de l'œil à la lumière, annoncèrent le début d'une méningite qui parcourut toutes ses phases d'inflammation, d'épanchement et de compression sans que rien pût l'enrayer. Après quelques convulsions tétaniques, le malade succomba le 14 novembre.

Autopsie.— Arachnoïde épaissie; pie-mère très vasculaire; à la base et à la surface du cerveau épanchement de lymphe et de pus; dure-mère adhérente au niveau des lobes postérieurs du cerveau et du cervelet. En découvrant la tumeur, on voit une large plaque osseuse s'étendre presque d'une apophyse mastoïde à l'autre et doubler l'écaille occipitale. Au bord inférieur de l'occipital se trouve une perte de substance qui agrandit l'intervalle occipito-atloïdien et établit une communication entre la tumeur extérieure et la cavité crânienne jusqu'au quatrième ventricule inclusivement. Les ventricules sont remplis du même liquide transparent auquel les ponctions ont donné issue, tandis qu'un liquide verdâtre semi-purulent recouvre la moelle. Au-dessous de sa tumeur l'occipital est privé de périoste et injecté de sang.

A la solution de continuité du fémur, le tissu osseux s'était reproduit en plus grande abondance et avec plus de rapidité que dans les cas ordinaires. Il est probable, ainsi que le dit M. Palmer, que la tumeur avait de longtemps préexisté à la chute qui n'a fait qu'en accélérer la marche et la terminaison funeste, questions sur lesquelles le malade n'avait pu fournir aucun renseignement. La plaque osseuse annonçait un plus long travail que deux mois n'en peuvent parfaire; et comment croire qu'il eût pu se former en quelques instants une tumeur fluctuante remplie de deux cent cinquante grammes de sérosité la même que celle des ventricules? Il n'y avait point d'ailleurs de trace d'os fracturés. Longue a été la discussion entre les médecins assemblés autour des pièces anatomiques pour arriver à déterminer la nature de la tumeur. L'un pensait que, formée primitivement hors du crâne, elle y avait pénétré, un autre qu'elle venait de cette cavité, un troisième opinait pour un kyste, un autre pour une sécrétion due à une carie de l'occipital; toutes opinions contradictoires que l'examen des pièces était loin d'appuyer. Une hypothèse, enfin, plus raisonnable que les autres, a fait remonter la tumeur à une hernie congénitale des méninges remplie par la sérosité des ventricules. La distension de ces membranes ne se serait opérée que très-lentement et sans amener de troubles fonctionnels jusqu'au moment de l'ébranlement violent de la chute. Les symptômes qui ont suivi les ponctions sont à peu près ceux, en effet, qu'on retrouve à la suite de celle de l'hydrocéphale.

(*Dublin médical Press.*)

Abcès du rein qui s'est frayé un chemin par le foie, le poumon et les grosses bronches; observation rapportée par le docteur Sposer.

P. Bary, tailleur, âgé de dix-neuf ans, éprouva tout-à-coup, sans cause connue, de la douleur dans la région lombaire droite, avec frissons bientôt suivis de chaleur. Il n'entra à l'hôpital que le quinzième jour de sa maladie, le 13 février, et alors il présentait les symptômes suivants: toux sèche, langue jaune, sèche, soif, inappétence, peau chaude et sèche; quatre-vingt-dix pulsations raides; urine brûlante de couleur fauve. Lorsque le malade se couche sur le dos, il éprouve une sensation gênante de tension, sur le côté droit, c'est douleur obtuse dans l'hypochondre droit avec de la toux.

Le médecin pensant qu'il s'agit d'un rhumatisme lombaire avec fièvre catarrhale gastrique, prescrit une potion nitrée avec du tartre stibié. Le 15 et le 16, le pouls et la toux augmentent de fréquence. Le 17, douleur vive par l'inspiration au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite ; huit ventouses, décoction de guimauve nitrée, trois doses par jour de cinq centigrammes de calomel chacune, cataplasme narcotique. Le 18, la fièvre a augmenté et la douleur est plus forte tant dans l'hypochondre que dans la région lombaire droite. L'application d'un vésicatoire n'apporte qu'un soulagement momentané. Tous les symptômes reprennent plus de gravité les jours suivants ; l'urine devient plus rare. Pendant la toux et les inspirations profondes, le malade fait entendre du gargouillement depuis l'angle inférieur de l'omoplate droite jusqu'à l'hypochondre. Commencement d'anasarque.

Le 27, expectoration d'un kilogramme et demi environ de pus épais gris-verdâtre. Immédiatement après, sueurs générales abondantes.

Le 28 et le 29, la toux est plus rare ; mais il survient des symptômes colliquatifs; cent cinq pulsations, langue rouge. A la suite de l'administration de la crème de tartre soluble et de l'oxymel scillitique dans une décoction de guimauve, l'œdème des extrémités disparaît, le ventre s'affaisse ; toutefois, l'urine reste toujours rare.

Les jours suivants, le pouls s'affaisse et augmente de fréquence, le malade est constipé et l'urine devient tout-à-fait nulle. Mort dans la nuit du 4 mars.

A l'autopsie, on trouve tout le poumon gauche et le lobe supérieur du poumon droit à l'état normal. En cherchant à rompre quelques adhérences du lobe inférieur aux côtes, au dos et au diaphragme, on fait évacuer un peu de pus. Le lobe droit du foie adhère également à la face inférieure du diaphragme et plus bas au colon transverse, puis il communique au rein à l'aide d'exsudations plastiques jetées le long du colon ascendant. Le rein droit entouré d'une masse gélatineuse adhère à la colonne vertébrale. Il représente une sorte de sac membraneux du volume du poing, rempli d'un pus jaune assez bien lié, et renfermant à peine quelques vestiges de la substance corticale.

Suivent deux observations de tympanite où l'auteur a employé avec succès la pompe aspirante appliquée sur une grosse sonde de gomme élastique introduite à seize centimètres de profondeur dans le rectum.

(*Gazette générale de médecine, par Fricke et Oppenheim.*)

Traitement contre le ténia.

Nos confrères de Hambourg, et particulièrement le docteur Grahl, emploient souvent le moyen suivant pour obtenir l'expulsion du ténia : d'abord, pour amorcer l'ennemi, on fait prendre la veille au malade une soupe préparée avec cent vingt grammes de pain blanc (adjectif important dans une ville de la basse Allemagne) et autant de beurre, le tout cuit dans un demi-litre d'eau. Le lendemain matin on administre :

Pren. : Racine de jalap,
Gomme gutte,
Mercure doux, } de chaq. 35 centig.

Conserve de rose, quantité suffisante pour un bol.

Une heure après, on fait prendre en une fois :

Poudre de racine de fougère mâle..... 12 grammes.
dissoute dans eau de fleurs de tilleul..... 90 grammes.

Peu de temps après, le ver en s'agitant provoque des malaises et des vomissements que le malade calme facilement en se donnant du mouvement. Si, au bout de quatre à cinq heures, le ver n'est pas expulsé, on fait prendre toutes les demi-heures quelques cuillerées d'huile de ricin.

(*Ibid.*)

Constitution médicale pendant l'année 1839 ; par le D. Schneider.

Cet article contient, entre autres particularités, deux observations remarquables, mais dont nous ne faisons qu'indiquer le titre, le fond en étant fort contestable et les opinions non moins controversables.

Dans l'une, il est dit qu'un chien atteint depuis plusieurs années de gonorrhée et d'un condylome, a transmis à plusieurs chiennes une vaginite avec écoulement muqueux.

Ce n'est pas la première fois qu'on essaie en Allemagne de prendre en quelque sorte la syphilis en flagrant délit hors de l'espèce humaine. Déjà, dans un de nos derniers numéros, nous avons rapporté les cas qu'on prétend avoir observés d'écoulement transmis de taureau à vache, par des animaux en apparence déjà infectés de tous les symptômes primitifs et consécutifs d'une maladie qu'on n'ose cependant encore nommer en leur faveur qu'avec un point d'interrogation.

L'autre observation est celle d'une variété de prurigo-pedicularis fatal, observée chez un vieillard de quatre-vingt-sept ans, placé pourtant dans des conditions hygiéniques favorables sous le rapport de la nourriture et de la propreté. Il lui survint, sans cause connue, sur tout le corps, à l'exception de la tête, des parties génitales et des aisselles, une éruption prurigineuse, rouge brunâtre, d'où l'on vit sortir tout-à-coup une quantité innombrable de poux. Aucun moyen ne put arrêter cette triste génération, et le malade y succomba au bout de six mois. Ces poux, qui ne

ressemblaient nullement à ceux qu'on trouve dans les habits, ne se transmettaient point aux personnes chargées du soin du malade, et n'ont plus été vus sur le cadavre après sa mort.

(*Annales de médecine, publiées par Puchelt, Chélius et Nœgele*, 6e *volume*.)

Observation de trichinia spiralis; par M Bischoff, professeur à Heidelberg.

Ce vers a été décrit pour la première fois, en 1833, par Hilton. Depuis, divers travaux, publiés pour la plupart par des médecins anglais, ont assez bien fait connaître l'histoire naturelle de cet entozoaire ; mais il était encore peu connu sous le point de vue pathologique. Le mémoire suivant de M. Bischoff résume tous les travaux précédents en y ajoutant de nouveaux détails.

Le 6 mars 1840, à l'autopsie d'un homme qui venait de mourir dans la maison des aliénés de Pforheim, on découvrit sur tous les muscles de la *vie animale* sans exception, une multitude innombrable de petits kystes renfermant des trichinia spiralis. On n'en trouva point dans les muscles de la vie organique. Cette observation s'accorde avec celle des médecins anglais, qui disent n'en avoir trouvé que sur les muscles soumis à la volonté.

Les constructeurs du pharynx en étaient ponctués en blanc, tandis qu'à cinq ou six centimètres au dessous du pharynx on n'en voyait plus aucun, et, d'une autre part, les sphincters en étaient parsemés, que les fibres musculaires du rectum n'en offraient pas un seul.

La granulation vésiculeuse qui renferme le trichinia spiralis est oblongue et son grand diamètre est dirigé selon l'axe des fibres musculaires. On voit, à l'aide du microscope, les fibres musculaires primitives s'écarter de leur direction pour loger ces kystes dans leur intervalle. Ces fibres adhèrent lâchement au kyste par un tissu cellulaire fin, et quelques petits globoles de graisse occupent l'angle de séparation de ces fibres aux deux extrémités arrondies de la vésicule elliptique.

Le ver est enfermé dans un kyste à deux enveloppes, tellement adhérentes l'une à l'autre qu'on ne parvient pas à les dédoubler, si ce n'est aux deux pôles, la lame interne formant une ellipse moins longue que l'externe. L'espace compris entre ces deux pôles de l'enveloppe extérieure est rempli d'une foule de petites granulations.

La lame externe a cinquante-quatre millimètres de long et vingt-neuf de large. La lame interne a environ trente-cinq millimètres de long, et coïncide dans son diamètre transversal avec l'externe. Ces feuillets se composent de petites lamelles légèrement granaleuses.

Le ver se trouve roulé en spirale dans l'intérieur de la vésicule ; mais il ne s'y voit pas seul, et souvent même ne s'y voit pas du tout, caché qu'il est par une matière granuleuse filante qui rend le kyste opaque lorsqu'elle est trop abondante. Cette matière s'y accumule en telle quantité qu'elle finit par tuer le ver, et elle devient ensuite si dure qu'elle émousse les couteaux avec lesquels on la coupe.

Si on parvient à faire sortir le ver sans l'écraser, on voit qu'il est roulé en spirale, le plus souvent deux fois et demie sur lui-même, et il paraît alors tellement petit qu'on peut à peine le voir à l'œil nu. Si en comprimant le kyste on a eu le malheur d'en écraser l'hôte, on a au moins l'avantage de le voir étendu dans toute sa longueur, ressemblant à un fil pointu par ses deux bouts, et présentant une longueur de huit à neuf millimètres, et 0,0055 à 0,0038 mètres en largeur.

La ténacité de la vie est extraordinaire chez ce petit animal. On l'a vu continuer à vivre quinze jours après la mort de l'homme, vivre même sur un morceau de muscle resté quelque temps dans l'alcool. On reconnaît qu'il est vivant à ses mouvements alternatifs d'enroulement et de redressement ; mais c'est seulement hors du kyste qu'il les exécute.

On n'a jamais rien pu trouver sur le trichinia qui indiquât, soit une bouche, soit un anus, et si, par la compression, on en exprimait quelque goutte de liquide, le liquide s'échappait vers le milieu par le fait de la déchirure de la peau. Farre, Knox et Bischoff croient avoir distingué à l'intérieur un canal digestif et des ovaires. On a quelquefois vu deux vers dans un seul kyste; de là plusieurs questions sur le mode de génération, que l'inspection microscopique n'a pas encore pu résoudre.

Maintenant, où est la place de ce ver dans la classe des entozoaires ? Il diffère des autres vers cestoïdes en ce qu'il est libre dans sa capsule, et sa forme allongée le rapproche d'ailleurs des filaires. Owen a voulu le placer dans les vibrions; mais ceux-ci n'ont pas de vésicule. Il faut donc faire pour lui un genre à part que M. Bischoff détermine dans le langage scientifique suivant :

Ordo trichinia. Animal pellucidum, filiforme utrinquè, posticè magis quàm antrorsum, attenuatum, ore et ano discreto dubio, tubo intestinali et ovario incrustum. In vesicâ duplici, externa dura clastica, continens alteram, in quâ entozoon plerumque solitarium.

Trichinia spiralis. T. minutissima, spiraliter, raro flexuosè incurva, capite obtuso, collo nudo, cauda attenuata obtusa. Vesica externa elliptica, extremitatibus plerumque attenuatis, interna ovalis.

Habitat in hominis musculis voluntariè, per totum corpus diffusa, creberrima.

Quant au mode de génération de cet entozoaire, il est fort difficile à préciser. Ceux qui croient aux générations spontanées inclineront volontiers vers cette hypothèse en sa faveur. Ceux qui ont cru lui voir des

ovaires, en sont encore à se demander s'il y a hermaphrodisme ou si les sexes sont séparés. Des recherches plus utiles seraient celles qui tendraient à éclaircir l'élément pathologique et l'élément thérapeutique encore nuls de cette nouvelle affection; et le plus clair est que l'histoire naturelle y a gagné un genre, et l'espèce humaine une infirmité de plus.

Guérison d'une luxation ancienne de l'humérus par la section du muscle grand pectoral, du grand dorsal, du grand rond et du petit rond.

Un homme de trente ans se présenta à M. Dieffenbach, à Berlin, avec une luxation de l'humérus, existant depuis une année, méconnue dans le principe, et que plusieurs chirurgiens avaient ensuite vainement tenté de réduire. Le malade était pâle, assez maigre, mais robuste; les muscles se dessinaient vigoureusement sous la peau. L'épaule déformée (c'était la droite) était d'un pouce plus haute que l'autre, l'acromion saillant, le *coup de hache* profond, le bras amaigri, le coude très-écarté du corps, la tête de l'humérus placée au devant de la poitrine, tout contre la clavicule, à deux pouces de l'articulation de cet os avec le sternum. Le membre était froid, une sensation de fourmillement s'y faisait éprouver, les doigts seuls exécutaient de légers mouvements, le pouls était plus faible qu'à gauche. Les muscles qui s'attachent à la partie supérieure de l'humérus étaient douloureusement tendus.

Le malade fut couché sur une table (M. Dieffenbach n'opère jamais autrement, même pour les luxations récentes); six aides furent chargés de l'extension, six de la contre-extension; trois autres devaient, au moyen d'un lacs, tirer en dehors, quand il en serait temps, l'extrémité supérieure de l'os. Après avoir fait porter graduellement l'extension aussi loin que possible, le chirurgien introduisit un couteau sous la peau, et divisa le grand pectoral à la naissance du tendon; par une seconde ouverture au bord postérieur de l'aisselle, il pénétra sous les tendons du grand dorsal et des deux muscles ronds qui furent également divisés. Trois ouvertures semblables pratiquées autour de la tête de l'humérus permirent de couper, sous la peau, les ligaments de la fausse articulation. Dès lors la réduction devint facile. Un bandage amidonné fut appliqué autour du bras et de la poitrine. On l'enleva le neuvième jour. Les petites plaies, à peine plus étendues que celle qui résulte d'une saignée, étaient déjà cicatrisées; aucun épanchement sanguin ou purulent n'avait eu lieu; les mouvements du bras commencaient à se rétablir; ils ne tardèrent pas à être aussi étendus qu'avant l'accident.

M. Dieffenbach avait déjà obtenu le même succès, par la section du tendon d'Achille, dans une luxation en arrière du pied, avec traction du talon en haut.

(*Medizinische Zeitung.*)

Le même numéro contient six observations de syphilis secondaire dans lesquelles l'hydriodate de potasse, administré à la dose de dix, vingt et même trente grains, a produit les plus heureux résultats. Il s'agissait d'un engorgement du testicule compliqué d'hydrocèle commençante, de périostose, de condylomes, et même de phénomènes syphilitiques primitifs tels que des chancres et des bubons.

Ce n'est pas sans motif que les femmes, pendant la période menstruelle, ont été considérées comme impures par les peuples, soit anciens, soit modernes, de l'Asie et de l'Afrique. Divers phénomènes relégués à tort parmi les fables prouvent encore de nos jours que le sang des règles possède des propriétés particulières et quelquefois nuisibles. M. Remak s'est assuré par des recherches microscopiques que le sang menstruel contient, surtout au commencement et à la fin de l'évacuation, outre les globules sanguins auxquels il doit sa couleur, une grande quantité de globules muqueux, ainsi que de petites écailles, produit d'une desquammation furfuracée de l'épithelium. De plus, chez un grand nombre de femmes l'évacuation périodique est précédée d'une sécrétion muqueuse différente de celle qui a lieu d'une manière continue dans le vagin, plus abondante que celle-ci, et fournissant un liquide gris-perle, assez semblable à l'humeur vitrée de l'œil. C'est dans ce liquide, suivant M. Remak, que résiderait une espèce de *contagium* analogue à celui qui dénature dans certaines maladies les produits muqueux et les rend aptes à développer chez un autre individu la maladie qui leur a donné naissance. Cette théorie a quelque chose de spécieux et mérite d'être examinée. (*Medizinische Zeitung.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 14 juillet.)

Expérience sur la vision distincte et la vision confuse; par M. Gerdy.

M. Gerdy. — Tous les physiologistes s'entendent pour accorder à l'œil une vision distincte et une vision confuse. La première s'appliquant successivement aux plus minimes détails d'un objet, permet d'en saisir tous les caractères physiques du ressort de la vue; différente pour chaque individu, quelquefois pour les deux yeux d'un même individu, elle ne peut s'exercer dans le même temps que sur un point très-circonscrit, et c'est à elle que dans les sciences positives on doit le plus de notions intéressantes. Un seul œil ou les deux

yeux peuvent être employés pour l'obtenir; il faut que l'axe optique de l'organe qui agit, ou les deux axes optiques à leur rencontre, tombent sur l'objet, et ce dernier encore doit être placé à une distance proportionnée aux lentilles oculaires; alors l'image convenablement formée vient tomber sur un point de la rétine, le seul qui soit susceptible d'exercer la vision distincte.

Quelques services que nous rende la vision distincte, elle cesserait de nous paraître aussi admirable, si elle était l'unique propriété de notre œil. Des années entières nous deviendraient nécessaires pour connaître l'objet le moins étendu, mais à côté d'elle se trouve la vision confuse, qui nous fournit chaque jour les notions les plus utiles et les jouissances les plus vives.

Différente de la première, celle-ci s'accomplit dans chaque œil, à cause de la présence du nez, qui borne de son côté l'horizon pour chaque œil, la vision confuse a un champ bien plus vaste en dehors. Le grand nombre et la variété des objets qu'elle saisit à la fois, lui permettent d'envoyer au cerveau des sensations bien plus nombreuses que la vision distincte; bien souvent elle s'exerce à notre insu.

La vision confuse peut s'exercer dans le même temps que la vision distincte, et elle nous permet aussi de reconnaître les corps voisins de ceux qu'étudie la vision distincte, avant que cette dernière se soit appliquée à eux; elle nous fournit assez de caractères généraux, pour nous faire distinguer les espèces, mais elle s'arrête où commencent les nuances très-délicates. Elle permet de voir à la fois un très-grand nombre d'objets, en donne des notions très-multiples, mais peu précises.

De la maladie syphilitique sur les femmes enceintes et les nouvelles accouchées : par M. Huguier.

Le mémoire de M. Huguier se termine par les conclusions suivantes :

1° De véritables pustules se déclarent sur la vulve, et comme symptôme primitif, et souvent comme seul élément primitif du chancre.

2° Les purgatifs doivent être proscrits chez les femmes enceintes, effectées de syphilis.

3° La syphilis abandonnée à elle-même n'est pas une cause d'avortement aussi puissante qu'on le croit. Ce dernier arrive surtout aux femmes traitées par le mercure.

4° On a exagéré l'influence fâcheuse de la syphilis sur les suites de couches; sur cent vingt-sept femmes syphilitiques enceintes, trois seulement sont mortes, et encore la mort pourrait s'expliquer par d'autres accidents.

5° Un traitement mercuriel, pendant la grossesse, ne met pas toujours l'enfant à l'abri de l'infection, ni la mère à l'abri de la récidive, et ne paraît pas avoir beaucoup plus d'efficacité que le traitement sans mercure.

6° Le traitement mercuriel intérieur produit de nombreux accidents.

7° De toutes les préparations mercurielles à administrer aux femmes grosses, le sublimé est la pire, et doit être remplacé par les frictions mercurielles qui produisent des accidents bien moins graves et moins nombreux.

8° De tous les accidents que la vérole traîne à sa suite, l'hérédité est le plus difficile à prévenir. Les enfants de parents syphilitiques au moment de la fécondation ou pendant la gestation, devront subir un traitement.

9° Le traitement mercuriel administré à une mère nourrice ne guérit point son enfant.

10° Le plus ordinairement les symptômes syphilitiques apparaissent chez les nouveau-nés du troisième au vingt-cinquième jour, et même plus tard. Ainsi les enfants trouvés, envoyés en nourrice après la visite du médecin, faite au troisième jour, sont habituellement pris de syphilis, quand on les a déclarés sains.

Tumeur cancéreuse dans l'œsophage, comprenant le larynx, et ayant nécessité la trachéotomie; par M. Bricheteau.

Un homme âgé de cinquante ans, de bonne santé, n'ayant jamais été malade, est pris le 1er janvier 1840 d'angine légère, pour laquelle il est traité et guéri.

Vers la fin de mai, il éprouve de la difficulté à avaler, à respirer, et souffre dans la région du larynx; le col à ce niveau est légèrement tuméfié. L'examen de l'arrière-gorge par l'œil et le doigt ne découvre rien d'anormal; un séton est cependant appliqué au col; des frictions d'iodure de plomb sont ordonnées, et le malade mis à l'usage de l'iodure de potassium. Ce traitement n'amena aucun soulagement.

Le 19 juin dernier, impossibilité complète d'avaler; suffocation imminente; opération de la trachéotomie; la respiration s'établit par la canule, mais la déglutition n'en demeura pas moins impossible.

Le 29 juin, le malade succomba.

Autopsie. — On a trouvé autour de l'œsophage et dans le tissu cellulaire qui le sépare du larynx une tumeur du volume de la moitié du poing, qui fermait complètement le premier de ces conduits, et qui, ayant refoulé l'épiglotte sur l'ouverture supérieure du larynx, avait produit la suffocation. Cette tumeur est formée d'un tissu dur, d'un gris cendré et évidemment squirrheux.

(Séance du 21 juillet.)

Expérience pour démontrer qu'on voit tantôt avec un seul œil, tantôt avec les deux yeux; par M. Gerdy.

Quand, dit-il, nous regardons un objet, tantôt nos yeux parcourent sa surface, tantôt ils sont fixés sur un seul de ses points. J'appelle *regard convergent*, celui dans lequel les deux yeux, jetant leur axe optique sur le même point d'un objet, servent tous deux à étudier ce point; et *regard parallèle*, celui dans le quel un seul œil étant en action, son axe optique vient tomber perpendiculairement sur l'objet. Suivant que le regard convergent s'applique à un objet rapproché ou éloigné, les choses se passent différemment. Si un corps de petite dimension est placé sur un plan passant au milieu du visage, et placé à trente-deux centimètres du nez, les yeux, pour regarder ce corps convergent, les deux axes optiques vont se confondre sur lui, et nous le voyons distinctement; que, si on vient à éloigner l'objet, la convergence des yeux diminue graduellement; et enfin quand l'objet est très-éloigné, les deux axes optiques paraissent parallèles, quoique néanmoins ils convergent toujours, mais faiblement. Il est bien évident que si un seul œil servait à voir cet objet, les deux yeux n'entreraient pas en mouvement pour le suivre dans son éloignement.

Pour le regard parallèle, il faut que l'objet, au lieu d'être sur la ligne médiane, se rapproche un peu de l'œil exercé. Si, quand cet œil est fixé sur l'objet, on dérange ce dernier, une personne qui observe ce mouvement voit qu'il n'est suivi

que par un seul œil, celui qui voit; l'autre y est étranger.

M. Rochoux croit que nous voyons avec les deux yeux, et réfute les expériences de M. Gerdy.

M. Gerdy.—Je range en cercle sept ou huit pains à cacheter sur une feuille de papier blanc et j'en mets un au centre, je défie qui que ce soit, M. Rochoux lui-même, de me dire s'il fixe rapidement ses yeux sur ce papier et sur la marque centrale que je lui montre avec mon doigt, de me dire le nombre et la couleur des pains à cacheter rangés en cercle.

Extirpation d'une tumeur fibreuse contenue dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus; par M. Amussat.

M. Amussat fut appelé par une dame qui depuis plusieurs années, sujette à des pertes abondantes, était réduite au dernier état de faiblesse. Après avoir attentivement examiné la malade, M. Amussat reconnut une tumeur occupant la paroi postérieure de l'utérus; mais il ne put assurer si cette tumeur appartenait à une dégénérescence de la paroi utérine, ou bien à un corps fibreux logé dans l'épaisseur de cette paroi. L'extirpation fut pratiqué le 11 juin dernier; des érignes et des pinces de Museux furent appliqués sur la tumeur, et les aides tiraient avec force au dehors : rien ne cédait; après avoir débridé le col, la tumeur commença à paraître. M. Amussat s'étant alors aperçu qu'elle était tapissée par la muqueuse utérine, fit une incision sur sa face antérieure qui, cédant alors facilement, s'échappa par cette incision et vint se présenter à la vulve, entraînant d'ailleurs avec elle la matrice renversée. Quand elle arriva à la vulve, la femme appuya solidement ses pieds, fit un effort violent et chassa la tumeur comme un enfant; la tumeur une fois détachée, on réduisit l'utérus qui était complétement renversé; la malade alla assez bien pendant quelques jours. L'utérus s'étant rempli vers le troisième jour, la malade fut alors prise de symptôme de résorption qui se calmèrent peu à peu; actuellement la malade est très-bien

M. Amussat croit que c'est une mauvaise pratique que de réduire l'utérus aussitôt après une semblable opération. Cette cavité vide se remplit de caillots dont la décomposition est funeste, et il vaut mieux ne réduire qu'à moitié.

(Séance du 30 juillet.)

Désarticulation scapulo-humérale et extraction de l'omoplate; et résection de clavicule pour une fracture comminutive et compliquée; par Gayétani-Bey.

M. Renaud lit le rapport qu'il a été chargé de faire sur cette intéressante observation. A la suite d'une explosion dans une des fonderies d'Egypte, un ouvrier eut l'épaule fracassée et un testicule emporté. L'humérus, l'omoplate, et l'extrémité externe de la clavicule étaient fracturés; le chirurgien commence par la désarticulation scapulo-humérale; il régularise la plaie, cautérise en fermant ses lambeaux; au fond de la plaie nécessaire pour cette première opération, était l'omoplate brisée, et qu'il fallait extraire; en outre l'extrémité externe de la clavicule dut être aussi réséquée. Au scrotum, il fallut arrêter une hémorrhagie, et régulariser la plaie; malgré d'aussi graves lésions, suivies d'opérations non moins graves, le malade a guéri.

M. le rapporteur conclut : 1° d'écrire une lettre de remercîments à l'auteur, 2° d'envoyer son observation au comité de publication, 3° d'inscrire son nom sur la liste des correspondants étrangers. (Adopté.)

Du pouls dans la série animale; par M. Dubois (d'Amiens).

M. Dubois (d'Amiens) a employé une année entière à visiter les animaux divers qui se trouvent au Jardin-des-Plantes, et s'est occupé, dans un but de simple curiosité, à tâter le pouls de ces hôtes, souvent fort dangereux; puis, avec une incroyable bonhomie, il est venu lire à l'Académie le résultat de ses recherches.

Nous avons peine à croire qu'un corps savant ait pu soutenir une telle lecture sans donner vingt fois des marques d'impatience ou de non-sympathie; car je vous demande combien il intéresse à la science de savoir si le pouls d'un lion bat plus vite que celui d'une écrevisse, ou si le pouls d'une chenille est plus fréquent que celui de la girafe.

Disons-le, c'est une chose réellement déplorable que de voir la tendance de certains esprits à se jeter dans des routes exceptionnelles et tout-à-fait en dehors de la médecine, et cela pour explorer un terrain nouveau, comme s'il n'y avait pas encore beaucoup à faire dans les sentiers même les plus rebattus.

(Séance du 4 août.)

M. Bally, président de l'Académie, envoie sa démission motivée par le mauvais état de santé dans lequel il se trouve depuis long-temps.

L'Académie, consultée, vote, à la majorité de vingt-sept voix contre vingt-cinq, que, dans la prochaine séance, il sera procédé à l'élection d'un nouveau président.

Mémoires sur plusieurs affaires d'empoisonnement par l'arsenic, jugées par les tribunaux du royaume.

Ce travail de M. Orfila contient l'exposé de quatre affaires d'empoisonnement, jugées depuis ces derniers temps par les tribunaux de la Vendée, de la Côte-d'Or, du Tarn et de la Dordogne.

Il résulte de ce travail :

1° Que, dans trois circonstances, les jurés ont reconnu coupables d'empoisonnement les accusés qu'ils tenaient en leur pouvoir;

2° Que, dans ces trois circonstances, l'empoisonnement par l'arsenic n'a été constaté que parce que l'on a cherché dans divers viscères, et à l'aide de moyens nouveaux, la portion d'acide arsénieux qui avait été absorbée;

3° Que ces trois crimes seraient probablement restés impunis avant la publication de son travail, car à coup sûr les experts que l'on aurait chargés de rechercher le corps du délit ne seraient pas parvenus à le découvrir en traitant le canal digestif seulement d'après les méthodes connues avant 1839;

4° Que la cause jugée en dernier lieu par la cour d'assises de la Dordogne fournit une nouvelle et puissante démonstration de l'exactitude de ses procédés, et des résultats qu'il a annoncés, puisque, sans savoir comment les choses s'étaient passées pendant la maladie de la victime, il avait dit dans son rapport, rédigé un an après la mort, qu'il avait retiré de l'arsenic du cœur, de l'épiploon, etc.; que cet homme était mort empoisonné par une préparation arsénicale, qu'il avait probablement avalé du poison à plusieurs reprises, et il a ajouté dans sa déposition qu'on devait lui en avoir donné peu de jours avant la mort, faits qui ont tous été confirmés à l'audience par les

aveux de l'une des accusées, et par les témoignages de plusieurs personnes dignes de foi.

M. Orfila a constamment écouté les objections faites à son procédé par les défenseurs des accusés, avec un sang-froid dont il ne se croyait pas capable. Les attaques, souvent de mauvais goût, dirigées contre lui, ne l'ont jamais ému, et il ne lui est pas venu une-seule fois dans la pensée de prendre la parole pour annihiler des arguments sans portée.

Si M. Orfila se rappelait la position critique dans laquelle il était à Dijon, lorsqu'il se trouva en présence de M. Raspail, il ne viendrait pas, en pleine Académie, justifier de son sang-froid et de ses arguments victorieux et sans réplique, dans tous les procès où il a figuré comme expert.

(Séance du 11 août.)

Observation de ligature de l'artère carotide primitive, pour une tumeur érectile de l'orbite, et expériences faites sur les animaux, pour constater l'influence exercée sur eux par la ligature des carotides primitives; par M. Jobert (de Lamballe).

M. D..., d'une bonne constitution, sentit en 1836, tout d'un coup et sans cause appréciable, son œil gauche injecté, et comme plus gros que le droit. En août 1839, l'œil était chassé de l'orbite, ses mouvements étaient presque complètement abolis; le moindre toucher excitait des douleurs; l'éclat de la lumière ne pouvait être soutenu. La conjonctive était rouge, injectée; les paupières distendues, amincies; la vision était perdue. La tumeur, qui était d'abord peu saillante au dessus de l'œil, avait fini par prendre un assez grand développement, et dans sa marche vers l'extérieur, elle a détruit une grande partie de l'arcade orbitaire; des pulsations isochrones aux battements du pouls, des mouvements d'expansion manifestes et un bruit de susurrus distinct, ne permettaient pas de méconnaître une tumeur érectile. La ligature de l'artère carotide fut pratiquée le 7 août 1839; au moment où le fil étreignit la carotide, les battements cessèrent dans la tumeur et n'ont pas reparu depuis. La face, d'abord pâle, reprit bientôt ses couleurs; ni les organes des sens situés à la face et à la tête, ni la voix, ni les fonctions intellectuelles, n'éprouvèrent de trouble de cette opération. Aujourd'hui le malade est parfaitement guéri, et l'œil est rentré dans l'orbite.

M. Jobert a expérimenté sur les animaux les effets produits par les ligatures des carotides : 1° sur les chiens, les moutons, les chèvres, etc.; les deux carotides étant liées, il ne se manifeste aucun trouble fonctionnel; et la circulation se rétablit parfaitement; 2° la ligature de la carotide faite à un cheval, conjointement avec celle du pneumo-gastrique, amène de grands troubles immédiats dans la respiration, un sifflement bruyant, et bientôt l'animal expire; 3° la ligature pratiquée aux mêmes animaux seulement sur les carotides, le pneumo-gastrique étant intact, produit également des troubles dans l'acte de la respiration, mais beaucoup moins considérables.

Les conclusions du mémoire de M. Jobert sont :

1° Les tumeurs érectiles de l'orbite détruisent les os à la manière des anévrismes.

2° Elles ont les caractères des tumeurs anévrismales, et se guérissent par la ligature des artères carotides primitives du côté correspondant.

3° La guérison ne tient point à l'oblitération des artères au dessus de la ligature, mais au défaut d'impulsion de la colonne sanguine arrivant dans l tumeur.

4° Les artères vertébrales suffisent à la circulation cérébrale après la ligature des carotides.

5° Les chiens, les moutons, les lapins, n'éprouvent pas d'accidents à la suite de cette opération.

6° Les chevaux, au contraire, ne peuvent lui survivre, et ils succombent à des apoplexies pulmonaires.

7° Les saignées avant ou après la ligature, diminuent l'intensité des lésions pulmonaires.

8° Peut-être chez l'homme la perte d'une certaine quantité de sang après l'opération aurait des effets salutaires.

Ablation d'une tumeur remarquable de la partie latérale droite du col, par M. Bégin.

M. Bégin montre à l'Académie cette tumeur qui a le volume du poing; elle était située profondément en la partie supérieure et latérale du col; elle était adhérente au larynx et au pharynx qu'elle suivait dans tous leurs mouvements. Dans cette dernière cavité, le doigt la sentait distinctement, qu'on eût dit la muqueuse détruite et la tumeur à nu. L'opération a présenté cela de particulier, qu'après la séparation difficile des adhérences de la tumeur d'avec le larynx, celui-ci était tellement aminci que dans les mouvements d'expiration les parois de l'organe se gonflaient comme une vessie qu'on insuffle. La tumeur est formée de substance aréolaire rouge, enveloppée par une coque très-solide.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 6 juillet.)

NOMINATIONS.

L'académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un membre pour remplir, dans la *section de chimie*, la place vacante par suite du décès de M. Robiquet. La liste des candidats est la suivante :

1° M. Regnault;
2° M. Bussy;
3° MM. Frémy et Péligot, *ex æquo*.

Le nombre des votants est de 50; au premier tour de scrutin,

M. Regnault obtient	45 suffrages;
M. Bussy	3
M. Frémy	2

M. Regnault est proclamé élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant pour la *section de géographie et de navigation.*

Candidats :

En première ligne le nom de M. Parry;

En seconde ligne, et par ordre alphabétique, ceux de MM. Franklin, Dumont d'Urville, Gauttier, Kotzebue, Lutké, Owen, et Wrangel.

Le nombre des votants et de 49.

Au premier tour de scrutin,

M. Parry obtient	44 suffrages;
M. Dumont d'Urville	3
M. Franklin	2

M. Parry est proclamé correspondant de l'Académie.

M. le président rappelle qu'il y a une place de correspondant vacante dans la section de médecine et de chirurgie, et invite MM. les membres de la section à présenter prochainement une liste de candidats.

Sur l'action thérapeutique de l'air comprimé ; extrait d'une lettre de M. Tabarié à M. Arago.

En 1838, l'auteur publia un premier travail sur cette matière. On sait que des personnes aphones soumises à l'influence d'une atmosphère condensée recouvraient subitement la parole; mais on sait aussi que, sortis de l'appareil de M. Tabarié, elles perdaient aussi subitement la parole qu'elles l'avaient recouvrée au dedans. Voici quelques nouvelles données qu'envoie l'auteur sur l'influence exercée sur toute l'habitude du corps par l'augmentation de la pression; elle se signale par deux traits principaux :

1° L'air condensé ralentit la circulation, et en même temps qu'il diminue le nombre des battements du cœur, il en régularise le rhythme.

Ces phénomènes ne se dessinent très-bien que dans les maladies fébriles; si, par exception, la circulation prend, au contraire, de la fréquence, ce symptôme est presque toujours un signe d'insuccès; mais le ralentissement du pouls n'est pas non plus un signe infaillible de guérison; c'est ce qui arrive dans les névroses;

2° L'air condensé, bien loin d'influencer la calorification générale comme le ferait un air riche en oxygène, la modère, et même dans de certains cas l'affaiblit.

Ainsi le bain d'air condensé produit une sensation générale de froid, bien que la température des appareils soit supérieure à celle qui règne au dehors. On sait aussi, d'ailleurs, que les ouvriers qui séjournent long-temps et à une grande pression sous la cloche du plongeur en sont chassés par le froid.

Les nouvelles observations de M. Tabarié confirment les espérances qu'il avait conçues sur les propriétés sédatives de l'air comprimé dans les affections thoraciques. Elles lui montrent aussi qu'on obtient de meilleurs résultats à des pressions médiocres qu'à des degrés plus élevés : deux cinquièmes d'atmosphère réussissent mieux que deux tiers. Il faut surtout éviter les transitions brusques, car elles produisent quelquefois des effets tout-à-fait opposés à ceux qu'on en attend, par exemple des hémorrhagies lorsqu'on veut ralentir la circulation; il ne faut pas moins d'une demi-heure pour opérer cette transition.

M. Tabarié adresse en outre un *paquet cacheté*, portant pour suscription : *sur l'emploi thérapeutique et hygiénique de l'oxygène*, et sur un nouveau procédé pour l'obtenir à bas prix. L'Académie en accepte le dépôt.

(Séance publique du 13 juillet.)

Présidence de M. Poncelet.

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés. Nous avons donné dans le dernier numéro la liste des lauréats, en ce qui touche les sciences médicales; nous y ajoutons le nom suivant, qui n'avait pas pas été désigné dans le comité secret de la séance du 29 juin.

Un prix de 2000 fr. en faveur de M. le docteur Valat, *pour son lit de sauvetage, employé dans les mines à l'usage des blessés et des asphyxiés.*

PRIX PROPOSÉS.

Grands prix des sciences physiques pour 1841.

« Déterminer par des expériences précises la chaleur spécifique des principaux corps simples, et celle d'un grand nombre de combinaisons minérales et organiques. Discuter le rapport qui existe entre le poids atomique, des corps et les chaleurs spécifiques données par l'expérience. »

L'Académie engage les concurrents à étudier sous ce point de vue :

1° « Les corps simples ;

2° « Quelques oxydes ou composés binaires, en choisissant de préférence ceux qui forment des séries, comme les trois oxydes de cuivre par exemple;

3° « Quelques sels des principaux genres, et à divers états de saturation, en les comparant à l'état anhydre et à l'état hydraté;

4° « Les principales matières organiques. »

Les chaleurs spécifiques des corps dimorphes, celles des corps isomorphes, celles des corps du même type chimique devraient être soigneusesement comparées. Les cas nombreux d'isomérie que la chimie organique présente fourniront matière à des observations pleines d'intérêt. Les concurrents trouveront peut-être quelque avantage à étudier de préférence les corps dont on connaît la densité à l'état aériforme. Les nombreuses déterminations de ce genre qu'on a faites depuis quelques années leur fourniraient le moyen de discuter à la fois la question des chaleurs spécifiques sous le double point de vue de la théorie atomique et de la théorie des volumes.

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat de l'Institut le 1er avril 1841.

Autre grand prix proposé en 1837 *pour* 1839, *et remis au concours pour* 1843.

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changements chimiques, physiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf, pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens. Les concurrents devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. Pour les œufs d'oiseaux, ils auront à examiner leur incubation dans divers gaz; pour ceux des batraciens, leur développement dans des eaux plus ou moins chargées de sel, plus ou moins aérées. »

L'Académie désire que les auteurs ne se bornent pas à signaler, dans les diverses parties de l'œuf, la présence des principes immédiats que l'analyse en retire; mais qu'ils s'efforcent, en outre, de constater, à l'aide du microscope, l'état dans lequel ces principes immédiats s'y rencontrent.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Remettre les mémoires avant le premier avril 1843, terme de rigueur.

Autres grands prix pour 1843.

1° Déterminer, par des expériences d'acoustique et de physiologie, quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme ;

2° Déterminer, par des recherches anatomiques, la structure comparée de l'organe de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères.

Pour chacune de ces deux questions, une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Divers prix du legs Monthyon ont dû être remis avant le 1er avril 1840. Nous n'en parlerons donc pas.

Les prix relatifs à la vaccine, ainsi que celui fondé par M. Monni dont nous avons parlé plusieurs fois, sont toujours remis au concours.

—

(Séance du 20.)

Remarques sur le strabisme; par M. Roux.

Deux fois déjà, depuis moins d'un mois, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a expérimenté ce qu'il appelle la séduisante opération de Dieffenbach. Chez les deux sujets, l'un âgé de dix-neuf ans, l'autre à l'époque moyenne de la vie, il s'agissait d'un strabisme convergent de l'œil droit datant de la première enfance. Il y avait à faire la section du muscle droit interne ou adducteur de l'œil, puisqu'on avait affaire à un strabisme convergent. M. Roux a suivi de point en point le procédé de Dieffenbach (que nous avons indiqué dans un des derniers numéros). Il s'attendait, dit-il, à voir l'œil immédiatement entraîné en dehors par la contraction involontaire du muscle droit externe; la déviation eut lieu, mais très-faiblement; et le champ de la vision s'agrandit seulement un peu à droite pour chaque malade.

Chez le plus âgé des deux, il est survenu peu après une inflammation violente de la conjonctive. Elle paraît cependant devoir se terminer heureusement en laissant la vue du côté opéré telle qu'elle y était auparavant, en supposant même qu'elle ne doive pas subir une heureuse modification par le fait de la section musculaire. Chez le jeune homme, les suites ont été des plus bénignes. Peut-être la déviation en dedans est-elle un peu moindre; mais il n'y a pas encore eu pour lui jusqu'ici de bénéfice bien réel.

Ces deux faits ne prouvent pas beaucoup en faveur de la méthode, et en attendant que M. Guérin nous ait donné des nouvelles ultérieures de ses quatre opérés, M. Roux nous prévient que son honorable confrère n'est que médiocrement satisfait du succès qu'il en obtient. Il se prononce aussi en passant contre cette modification du procédé du chirurgien de Berlin, par laquelle ne pouvant faire de cette opération une section sous-cutanée, M. J. Guérin en veut au moins faire une sous-muqueuse. Mieux vaut, selon M. Roux, arriver tout droit au muscle que de tourmenter la conjonctive par une route longue et tortueuse. Mais il s'élève bien plus encore contre cette autre hypothèse de l'ingénieux orthopédiste qui assimile le strabisme au pied-bot, et en fait le *pied-bot* de l'œil. La stréphopodie est quelque chose de fixe, d'immuable, le strabisme est non pas une déviation permanente de l'un des yeux, mais un défaut de concordance des deux axes optiques pour tel regard ou pour tel autre. Il y a prépondérance d'action d'un des muscles, et cette prédominance n'est pas tellement absolue que l'individu le plus louche ne puisse, avec une volonté bien décidée, la faire cesser au moins quelques instants. Mais ce n'est pas encore là qu'est la plus grande différence entre le pied-bot et le strabisme. Le principal élément de ce dernier est moins la déviation que l'inégalité de force ou de puissance visuelle des deux yeux, inégalité de force presque toujours congéniale, presque toujours à la défaveur du côté gauche ainsi que la plupart des anomalies originelles de structure et de fonctions. Telle est l'opinion de M. Roux, et cette opinion, c'est la théorie de Buffon.

D'après ces idées, le chirurgien de Paris s'était tracé une méthode de traitement bien différente de celle des orthopédistes. Il pensait qu'en faisant fonctionner l'œil strabique exclusivement, on pourrait obtenir que, par degrés, il recouvrât une force égale ou presque égale à celle de l'œil le plus fort; qu'une fois l'équipondérance établie dans la puissance visuelle des deux yeux, il devait y avoir une tendance naturelle au rétablissement de l'harmonie dans le jeu des muscles; qu'ensuite de ces changements physiques, et avec l'aide d'une volonté puissante, le strabisme pourrait disparaître, ou du moins se changer en une simple hésitation dans le regard, susceptible de s'évanouir avec le temps. Il pense aussi qu'il y aurait plus de chances de succès chez un sujet adulte que chez un jeune sujet. L'expérience a justifié toutes ces prévisions; M. Roux a obtenu plusieurs fois la guérison du strabisme chez des adultes en constituant l'œil strabique seul organe de la vision. Et il cite à cette occasion le cas anonyme d'un homme qu'il guérit ainsi complètement il y a vingt-cinq ans, et cet homme siége actuellement au milieu des auditeurs de M. Roux sur un des fauteuils de l'Institut.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

Nouvelles recherches sur le torticolis ancien, et le traitement de cette difformité par la section sous-cutanée des muscles rétractés; par M. J. Guérin:

1° Jusqu'ici on ne connaissait de variétés anatomiques du torticolis que celles produites par le raccourcissement du sterno et du cléido-mastoïdien. L'auteur a reconnu qu'il pouvait dépendre de la rétraction du splénius, du trapèze, des scalènes, de l'angulaire de l'omoplate, des muscles droits et obliques de la tête, toutes variétés anatomiques qui revêtent des variétés correspondantes de formes et exigent aussi des traitements variés.

2° Tous les auteurs avaient méconnu les altérations profondes des os de la tête et de la face, et même la plus grande partie de celles de la colonne dans le torticolis latéral. Dans ce mémoire, M. Guérin constate que l'atrophie de la face, qu'il avait déjà signalée il y a quatre ans comme un des effets constants de cette difformité, s'étend aussi bien aux os qu'aux parties molles.

3° Les artères du cou, et particulièrement l'artère vertébrale du côté de l'inclinaison de la tête, subissent des inflexions vicieuses et souvent une diminution notable de calibre avant leur entrée dans le crâne. L'auteur croit pouvoir attribuer à ces anomalies l'atrophie de la moitié correspondante de la tête et les céphalalgies qui accompagnent fréquemment le torticolis ancien. La disparition, après le redressement, de ces douleurs de tête si opiniâtre, milite en faveur de l'opinion de M. J. Guérin.

4° L'état du tissu musculaire est tout-à-fait différent dans le torticolis *aigu*, chronique et ancien: dans le premier, il n'y a que contracture; le muscle est plissé sur lui-même comme dans l'état physiologique. Dans le troisième cas, il est rétracté, passé à l'état fibreux; dans le torticolis chronique, le muscle a subi une altération intermédiaire aux deux précédentes; il a perdu une partie de sa fibrine, est devenu en quelque sorte celluleux. Ces trois variétés d'état du muscle indiquent trois traitements différents. La contracture exclut la section des muscles, et se résout presque toujours par l'emploi de la pommade stibiée, le massage et plus tard par l'extension brusque et saccadée; la rétraction exige, de toute nécessité, la section, l'extension mécanique n'aboutissant la plupart du temps qu'à compléter la transformation fibreuse du tissu rétracté.

5° Contrairement à l'opinion générale, M. Guérin considère la méthode sous-cutanée comme devant être désormais la règle et non pas l'exception. Pour les cas où cette généralisation éprouverait quelque difficulté, il a imaginé un instrument et un procédé nouveaux, propres à diviser les muscles rétractés sous la peau, sans avoir jamais à redouter le moindre accident. Ce procédé,

qu'il appelle le *procédé du doigt*, consiste à glisser le doit index ou médius entre les muscles rétractés ou les parties sous-jacentes, en refoulant la peau au devant du doigt, de manière à tenir les muscles isolés de ces parties, et soulevés comme sur une sonde. On fait pénétrer le ténotome sur le point correspondant à la pulpe du doigt, on retire celui-ci au fur et à mesure que l'instrument s'enfonce, jusqu'à ce qu'il arrive au bord opposé du muscle, où il traverse une seconde fois la peau. La section s'effectue des parties profondes aux parties superficielles.

6° M. Guérin démontre que cette opération n'est que la moitié du traitement, qu'il faut, pour compléter la guérison, l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la première dorsale, inclinaison qui exige l'emploi d'un traitement mécanique énergique et d'assez longue durée.

7° Dans les cinquante et quelques cas de section sous-cutanée des muscles du cou pratiqués par l'auteur, il n'est survenu aucun accident d'inflammation suppurative. Le produit définitif du traitement a été le suivant : dans les deux tiers des cas environ, il y a eu redressement complet de la tête et du col ; dans l'autre tiers toujours redressement de la tête avec amélioration notable de l'inclinaison du col. Les guérisons complètes ont été produites sur des sujets âgés de six à vingt-sept ans ; les grandes améliorations sur des sujets de vingt-cinq à cinquante ans.

A ce mémoire sont jointes des planches représentant toutes les variétés du torticolis latéral, l'anatomie pathologique de la difformité, et les procédés chirurgicaux et mécaniques imaginés par l'auteur.

(Séance du 27.)

MÉMOIRES LUS.

Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau) dans les maladies ; par MM. Andral et Gavarret.

Ce travail est le résultat de l'examen du sang de deux cents malades et de trois cent soixante saignées.

Les malades peuvent se diviser en quatre classes suivant leur influence sur la composition du sang. La première classe, les *phlegmasies*, s'accompagne constamment d'une augmentation notable de fibrine. Dans la seconde classe, les *pyrexies*, la fibrine n'augmente jamais et souvent diminue. Dans la troisième, dont la *chlorose* est le type, il y a toujours diminution des globules. Dans une quatrième classe, enfin, l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum qui est diminuée : telle est la *maladie de Bright*. Mais il arrive souvent que plusieurs états morbides, dont chacun entraîne dans le sang une modification différente, viennent à se compliquer ; le sang est, en pareil cas, l'interprète fidèle de cette complication. Ainsi le sang d'une chlorotique atteinte de pneumonie continuera à n'avoir que très-peu de globules ; mais la quantité de fébrine augmentera.

Les pertes de sang et la diète agissent principalement sur les globules qu'elles diminuent ; toutefois cet effet n'a lieu que d'une manière très-inégale ; chez l'un, d'une saignée à l'autre, les globules perdent à peine deux ou trois, tandis que chez l'autre ils perdront plus de trente, quelquefois même jusqu'à quarante. Mais, en même temps, la fibrine conserve le plus souvent son même chiffre, et lorsque la maladie est de nature telle que l'accroissement du chiffre de la fibrine soit un de ses éléments nécessaires, cet accroissement a lieu malgré la saignée et malgré la diminution des globules.

Classe première. — Maladies dans lesquelles la fibrine est augmentée.

Deux ordres de maladies composent cette classe. les phlegmasies et les tubercules pulmonaires, Les maladies du premier ordre, dans lesquelles le sang a été examiné par les auteurs, sont le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la bronchite capillaire, la pleurésie, la péritonite, l'amygdalite, l'érysipèle, la cystite, la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, une éruption furonculaire avec fièvre. Nous n'examinerons pas la longue file de chiffres consacrés à chacune de ces maladies ; nous nous bornerons aux conclusions générales. Nous dirons donc qu'en prenant pour trois la moyenne normale de la fibrine, les limites de l'échelle qu'elle a parcourue dans les diverses phlegmasies varient de cinq à dix. Mais pour que cette règle de l'augmentation de la fibrine se soutienne, il faut qu'intervienne la double condition de l'acuité et de la fièvre ; car, lorsque la maladie est primitivement chronique ou l'est devenue, la fibrine conserve ou reprend sa quantité normale.

Dans une phlegmasie aiguë, la diminution de la fibrine annonce la diminution de l'état inflammatoire *et vice versâ*. Une phlegmasie aiguë annonce son intervention dans le cours d'une maladie par l'augmentation de la fibrine du sang. Les globules, au contraire, n'augmentent point, diminuent même par le fait des moyens antiphlogistiques.

Chez les phthisiques il y a tendance à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules. Ces deux tendances inverses deviennent de plus en plus marquées à mesure que les tubercules se ramollissent et qu'il se creuse des cavernes. Toutefois, lorsque les malades sont réduits au dernier marasme, la fibrine descend aussi au-dessous du chiffre normal.

Les auteurs annoncent que dans un autre extrait, ils communiqueront à l'Académie la suite et la fin de leurs recherches.

Après la lecture de ce mémoire, M. Magendie exprime toute sa satisfaction de voir un médecin comme M. Andral diriger ses études vers un sujet aussi important et malheureusement aussi obscur que les altérations du sang dans les maladies. Il rappelle que lui-même suit avec persévérance, depuis plusieurs années, des recherches sur le même objet. Il dépose sur le bureau douze tableaux qui contiennent les résultats de plus de trois cents expériences sur les altérations du sang. La comparaison de ces résultats avec ceux qu'annonce M. Andral ne peut manquer de tourner au profit de la science des maladies. Il serait bon aussi de se demander si ces expériences ont réellement tourné au profit individuel de quelques malades atteints d'affections chroniques telles que la phthisie pulmonaire : *primò non nocere*.

Encore la question du traitement du strabisme par la section musculaire.

M. Phillips écrit de Saint-Pétersbourg les résultats qu'il a obtenus de cette opération faite quatre-vingts fois

De ceux qui louchaient de l'œil droit, dix-sept ont vu double avant l'opération, deux ont conservé la vue double trois semaines après l'opération ; seize n'ont pas vu double auparavant et deux d'entre eux ont vu double après l'opération.

Parmi ceux qui louchaient de l'œil gauche, deux

ont vu double après l'opération, et deux n'ont pas recouvré l'usage de l'œil dévié.

L'auteur ne donne pas de résultats ultérieurs, il ajoute quelques réflexions déjà faites par M. Dieffenbach.

Aux objections faites par M. Roux dans la dernière séance, M. Guérin oppose les deux remarques suivantes :

1° S'il est vrai que l'on guérit certains cas de strabisme par la section des muscles de l'œil, ce résultat équivaut à une expérience qui prouverait directement que dans ces cas la déviation du globe oculaire est le produit du raccourcissement du muscle divisé. Or, ajoute M. Guérin, les nombreuses opérations pratiquées par M. Dieffenbach et plusieurs autres chirurgiens ne paraissent laisser aucun doute à cet égard.

2° M. Roux reconnaît que l'un des deux sujets opérés par lui a été atteint d'une vive inflammation de l'œil. Nous croyons d'ailleurs savoir, ajoute-t-il, que dans les deux cas l'opération a duré plus de dix minutes. Or, par le procédé *sous-conjonctival,* il n'est survenu dans aucun cas d'inflammation suppurative, et la durée moyenne des opérations n'a été que de une à deux minutes.

NOUVELLES.

Prix.

Dans deux numéros précédents, aux articles des journaux étrangers et de l'Institut, nous avons dit que M. Budge prétendait exciter des mouvements dans les testicules à chaque piqûre du cervelet; M. le professeur Bouillaud, qui regarde le fait comme apocryphe, offre un prix de 300 fr. à celui qui renouvellera cette expérience avec succès.

—

Enseignement.

Afin d'obvier aux lenteurs que devaient subir les étudiants étrangers pour s'inscrire dans nos Facultés, et faire agréer leurs diplômes d'études équivalents au diplôme français de bachelier ès-lettres, le Conseil royal vient de prendre l'arrêté suivant:

« Les étrangers qui devront suivre les cours d'une Faculté en France, soit de droit, soit de médecine, soit des lettres, soit des sciences, seront admis à prendre leur première inscription en produisant les certificats d'études et d'examen, ou autres actes exigés dans leur propre pays pour être reçus dans une Faculté du même ordre, après que lesdits certificats auront été reconnus, par délibération expresse de la Faculté, équivalents au diplôme français de bachelier ès-lettres. Les délibérations prises à ce sujet par les diverses Facultés seront adressées au ministre de l'instruction publique par le recteur de l'Académie, avec les pièces à l'appui. Les étrangers seront, du reste, assujettis à la même discipline et aux mêmes conditions d'examen que les élèves nationaux. »

—

Hôpitaux.

MM. les docteurs Baillarger, Trélat, Joseph Moreau et Archambault, ont été nommés médecins adjoints dans le service des aliénés des hôpitaux de Paris.

—

Armée.

Tout le matériel nécessaire à l'établissement d'un hôpital dans l'îlot du roi, au port Mahon, est enfin parti de Toulon. Le chef de cet hôpital est M. Huttin, médecin principal d'armée; il est parti au milieu de juillet avec une vingtaine d'officiers de santé de tous grades. Cet hôpital sera établi sur une assez large base; sept cents malades doivent y être traités. Sa position dans une île rendra peut-être le service un peu difficile; mais elle sera favorable aux malades. Ce sera une précieuse succursale pour les hôpitaux de l'armée d'Afrique.

— M. Soudan, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, en remplacement de M. Guyon, appelé à l'hôpital de Bordeaux.

—M. Scoutetten, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital de Strasbourg, en remplacement de M. Hénaux qui retourne à Metz.

— M. Delocre, chirurgien principal de l'hôpital militaire de Perpignan, est appelé en son grade à celui de Lyon.

— M. Casimir Broussais, professeur au Val-de-Grâce, est appelé à remplacer M. Etienne, médecin principal en retraite, dans la rédaction des mémoires de médecine militaire; les deux autres collaborateurs sont, pour la chirurgie, M. Begin, et pour les sciences accessoires, M. Jacob.

— On annonce que M. H. Larrey, agrégé de la Faculté, se met sur les rangs pour la chaire de pathologie chirurgicale vacante au Val-de-Grâce.

— L'inspection médicale du Val-de-Grâce a été close jeudi 30 juillet; M. Moizin a témoigné au personnel médical du Val-de-Grâce toute la satisfaction qu'il a recueillie dans l'examen de cet établissement.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de Philosophie médicale, par M. Ed. Auber, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (1)

Il ne faut pas croire que ce livre soit un exposé complet des vérités générales et fondamentales de la médecine, mais il serait injuste de ne pas reconnaître en son auteur une intention et une qualité philosophiques d'un ordre assez élevé.

On lit cet ouvrage avec avidité et plaisir, non sans mélange de regret et de désappointement. Il vaut mieux, tout imparfait, tout vague et décousu qu'il est, malgré ses propositions semi-vraies et semi-fausses, moitié religieuses, moitié baconiennes, que la plupart des livres philosophiques de notre temps, s'il y a de notre temps des livres philosophiques. Mais sa doctrine générale n'est ni sûre ni solide, parce qu'elle n'est pas fondée asse visiblement et assez clairement sur ces bons et grands principes que l'on trouve partout quand on les cherche hors de notre triste époque, qui ont eu et auront toujours en eux la force, la lumière et la raison qui devraient être appelés, par imitation, les principes *pérennels* de la science et de l'art.

Nous reviendrons sur ce bon livre qui vaut la peine d'être sévèrement traité. * L.

(1) Germer Ballière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Le directeur de service, H. GOURAUD.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 4. — OCTOBRE 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. De la trachéotomie comme remède extrême dans quelques maladies chroniques du larynx.

La trachéotomie n'avait été, jusqu'à nos jours, pratiquée que pour des cas de maladies aiguës du larynx, pour extraire des corps étrangers et pour remédier à des accidents immédiats causés par des blessures de l'organe de la voix.

Desault est le premier qui ait bien posé les indications de la trachéotomie dans la phthisie laryngée, mais il ne l'avait pas pratiquée.

Après lui, presque tous les médecins qui s'occupèrent, soit de l'œdème de la glotte, soit des phlegmasies chroniques du larynx, la conseillèrent comme moyen extrême; mais cette opération, faite d'abord sans méthode, ne réussit que par hasard, et, en quelque sorte, malgré le chirurgien; et c'est seulement depuis les travaux de M. Bretonneau, et peut-etre depuis ce que moi-même j'ai publié sur ce sujet, que l'opération est faite plus simplement, et est suivie d'accidents immédiats moins graves.—L'immense amélioration introduite par M. Bretonneau consiste dans l'augmentation du calibre de la canule qui, avant lui, n'était jamais proportionnée au diamètre de la glotte, et par conséquent devait être insuffisant. L'amélioration que j'ai essayé d'introduire, et l'idée m'en avait été encore suggérée par M. Bretonneau, consiste dans l'usage du dilatateur, instrument qui simplifie et abrége singulièrement l'opération, permet de négliger la ligature de tous les vaisseaux veineux, et d'introduire toujours avec facilité la canule qu'il convient de changer au moins deux fois en vingt-quatre heures.

Il en résulte qu'aujourd'hui il ne meurt plus de malades du fait même de l'opération ou par l'insuffisance de ses secours; mais ils succombent seulement, soit à des accidents aigus qui se développent du côté des poumons pendant les premiers jours, soit à l'action de la maladie qui avait nécessité la trachéotomie.

Il convient de développer un peu ce que je viens d'énoncer.

Les accidents aigus qui peuvent emporter le malade peu de temps après l'opération, sont la pneumonie. Sur huit personnes que j'ai opérées peu d'instants avant qu'elles ne mourussent asphyxiées, deux ont eu une pneumonie promptement mortelle. Une a péri au milieu d'accidents nerveux tout-à-fait étrangers à la maladie, les cinq autres ont guéri en ce sens qu'elles se sont rétablies, à cela près de l'occlusion de la glotte, qui a persisté.

D'après ce que j'ai observé, ce serait donc le quart des malades qui serait atteint de pneumonie. Cette proportion est considérable et j'ai dû l'indiquer, ne fut-ce que pour prémunir mes confrères contre cette idée, que, la trachéotomie une fois faite et bien faite, il n'y a plus désormais de lutte à soutenir que contre des accidents chroniques.

A vrai dire, cette fréquence de la pneumonie s'explique assez aisément, et l'on a lieu d'être étonné qu'elle ne soit pas plus considérable.

Remarquez, en effet, que nous pratiquons l'opération quand déjà, depuis plusieurs semaines, l'asphyxie toujours croissante amène dans les poumons une stase sanguine qui, pour être passive, n'en dispose pas moins le parenchyme à l'inflammation, au même titre que la congestion passive des extrémités inférieures dispose à l'érysipèle de la jambe. L'inflammation vive que la présence de la canule détermine dans la trachée se communique promptement aux bronches, et, si quelque chose a lieu d'étonner, c'est que la pneumonie ne s'observe pas plus souvent.

Cette pneumonie a une allure si rapide qu'elle déconcerte toutes nos prévisions, et se joue de la thérapeutique la plus active. Un malade atteint d'un polype du larynx et que j'avais opéré, se levait quatre jours après, et semblait parfaitement guéri; tout-

à-coup il est pris de frisson, de fièvre, et, vingt heures après, il était mort. A l'autopsie nous trouvons une pneumonie gangréneuse. (*Traité de la phthisie laryngée*, par MM. Trousseau et Belloc, 1re obs.)

L'autre malade que j'ai perdu a succombé quarante-huit heures après l'opération. Je l'avais opéré à l'hôpital Necker dans les salles de mon collègue M. Bricheteau. L'observation, très-digne d'intérêt, a été recueillie par M. Mascarel, interne du service de M. Bricheteau. Chez ce malade la pneumonie existait évidemment avant l'opération; mais l'obscurité des signes fournis par l'auscultation chez ceux qui sont sur le point de s'asphyxier ne permit de constater rien autre chose qu'un état fébrile intense qui pouvait être attribué aussi bien à une pneumonie commençante qu'à l'extrême agitation causée par la gêne de la respiration.

L'opération faite, la fièvre ne se modéra pas, les signes de la pneumonie apparurent alors dans toute leur violence, et la mort survint quarante-huit heures plus tard.

Ces accidents, malheureusement trop communs, ne doivent pas nous empêcher de recourir à la trachéotomie, puisque nous ne pratiquons cette opération que dans la période extrême et lorsque toute espérance de salut nous est enlevée. Nous la devons pratiquer parce qu'il est du devoir du médecin de prolonger les jours du malade, et que, dans le cas d'une phlegmasie chronique simple ou syphilitique, la guérison entière est à peu près assurée.

J'ai dit plus haut que l'état d'asphyxie dans lequel le malade se trouvait depuis plusieurs jours était une condition en apparence fâcheuse; toutefois, en jetant les yeux sur les huit observations que j'ai recueillies, je vois que l'intensité et la durée des accidents dyspnéiques, n'ont semblé avoir aucune influence sur l'issue de l'opération. Si singulière que soit cette conclusion, je ne crains pas de la donner ici, parce qu'elle est conforme aux faits, du moins à ceux qui me sont propres. J'avais déjà fait cette observation sur les enfants que j'avais trachéotomisés dans le cas de croup. Et comme aujourd'hui j'ai opéré cent cinq enfants, les conclusions que je tire ont une grande valeur.

Eh bien! je puis affirmer aujourd'hui que plusieurs enfants ont été opérés par moi dans un état d'asphyxie complète, que le plus grand nombre l'a été alors qu'il y avait encore quelques heures de vie probable; et que la proportion des guérisons a été à peu près la même chez les uns et chez les autres. Résultat important, puisqu'il permet au médecin d'attendre, pour ouvrir la trachée, que l'agonie commence, et qu'ainsi il met en même temps à l'abri et sa conscience et sa responsabilité. Car, si l'enfant meurt après l'opération, on est sûr au moins d'avoir prolongé la vie; s'il guérit on a sauvé ses jours, et la malveillance ou l'ingratitude ne peuvent contester le succès.

Il me serait facile de multiplier ici les exemples: je rappellerai le fait observé par M. Bretonneau. Ce praticien avait opéré un enfant qui était mort pendant les apprêts de la trachéotomie et avant même que la peau du col n'eût été divisée. Néanmoins il introduisit la canule, et pendant quelques minutes il fit respirer artificiellement le cadavre. La respiration se rétablit et l'enfant vit encore; mais, comme le troisième jour il éprouvait une fièvre plus vive et quelques accidents inflammatoires, la pauvre mère disait à M. Bretonneau: « Ah monsieur, s'il allait *remourir*. » Expression heureuse que n'ont oubliée ni la mère, ni le médecin, ni l'enfant, qui est un jeune homme aujourd'hui. Je rappellerais d'autres faits du même genre qui me sont personnels; mais je ne puis donner une meilleure idée de l'immense utilité de la trachéotomie dans les cas les plus graves, et je ne puis mieux encourager mes confrères à la pratiquer, lors même que la mort est imminente, qu'en leur rapportant l'histoire suivante:

Dans le courant du mois de juin 1839, je fus consulté par M. le comte de B., qui avait une extinction de voix. Il avait alors quarante-cinq ans; il était entré jeune au service militaire, et il avait eu une vie peut-être plus orageuse que la plupart de ses compagnons d'armes. Sa voix avait toujours été pure et vibrante, et il en avait souvent abusé dans des réunions où il tenait tête en chantant à une réunion d'officiers qui le mettaient au défi; il avait pendant long-temps joué sa santé avec les femmes, et plusieurs fois il était revenu de ses combats amoureux avec des blessures que le mercure seul avait cicatrisées. Marié depuis dix ans, il avait renoncé à ses habitudes de régiment, mais il conservait une extrême violence de caractère. Depuis quatre ans il avait éprouvé quelques accidents épileptiformes.

En 1836, sa voix se voilait quand il l'avait beaucoup exercée; en 1837, le timbre de la voix était habituellement rauque ou voilée; en septembre 1838, à la suite d'une discussion très-animée qu'il eut au conseil général, dont il était membre, il perdit entièrement la voix et ne la recouvra plus.

Jamais, d'ailleurs, il n'avait eu de rhumes opiniâtres, jamais de crachements de sang; la santé générale était habituellement bonne; toutefois, depuis le printemps de 1839, le malade avait maigri, fatigué qu'il était par une toux assez opiniâtre qui l'empêchait de dormir.

Il n'y avait d'ailleurs pas de dypsnée.

Il avait déjà demandé des conseils à un grand nombre de mes confrères, et aucune médication ne l'avait soulagé; et voyant, au contraire, ses forces diminuer sensiblement, il voulut avoir mon avis.

L'exploration attentive de la poitrine ne

me permit de reconnaître aucune lésion pulmonaire; le pharynx était sain, la déglutition et la respiration faciles. En portant le doigt au fond de la gorge, de manière à sentir l'extrémité supérieure du larynx, on ne découvrait rien d'anormal. Le larynx exploré en dehors était peut-être plus volumineux que dans l'état normal; mais le malade était d'une haute stature, il avait eu la voix très grave, et le grand volume du larynx pouvait s'expliquer par de simples conditions physiologiques.

Le diagnostic précis était embarrassant; avais-je affaire à une simple phlegmasie chronique du larynx? Je ne le pensais pas. L'accroissement des accidents, malgré une médication bien entendue, l'opiniâtreté de la toux, qui ne survenait qu'en dernier lieu, me faisaient pencher vers l'idée qu'il y avait des ulcérations dans le larynx. Arrivé à ce diagnostic il me restait à savoir si les ulcérations étaient l'effet du virus syphilitique, ou bien si elles résultaient d'une inflammation chronique non spécifique.

J'étais invité à croire à une cause syphilitique, parce que le dernier enfant de M. de B.... était, presque depuis sa naissance, dans un état des plus graves; des gonflements scrophuleux, des caries d'un grand nombre d'os, des ulcérations de la peau, etc., etc., semblaient indiquer que le père avait transmis à son fils le triste héritage des maladies du soldat. Dans ce cas la médecine devenait puissante, et nous avions à notre disposition les moyens les plus efficaces. Le pronostic n'avait alors rien de fort grave.

Dans la seconde hypothèse, je ne me dissimulais pas l'excessif danger de la maladie. L'expérience m'avait appris que rarement on trouvait dans le larynx des ulcérations profondes et persévérantes (quand toutefois elles ne reconnaissaient pas pour cause la syphilis), sans que les cartilages ne fussent nécrosés, et dans ce cas le médecin restait désarmé; tôt ou tard le gonflement du tissu cellulaire fort muqueux et des infiltrations purulentes amènent la suffocation et la trachéotomie devenait nécessaire.

Restait l'idée d'une tumeur intrà-laryngée. C'était, à vrai dire, ce que je redoutais le plus, puisque c'était le cas dans lequel la thérapeutique avait le moins de prise.

Ainsi donc quatre hypothèses :

1° Phlegmasie chronique simple et non ulcéreuse du larynx;—peu probable—pronostic peu grave.

2° Ulcérations et végétations syphilitiques;—probable;—pronostic peu grave.

3° Ulcérations de la membrane muqueuse, nécrose des cartilages;—probable – pronostic extrêmement grave.

4° Tumeur intrà-laryngée;—très-probable;—pronostic mortel.

Ma ligne de conduite était toute tracée : Je devais supposer les deux cas où il y avait curabilité, et ne pas m'attacher au diagnostic qui ne me laissait rien à tenter.

Je choisis le cas le plus simple, et je supposai que je n'avais à traiter qu'une phlegmasie chronique du larynx; fort décidé d'ailleurs à changer de batterie, si je voyais, au bout d'un mois, les moyens employés par moi ne pas réussir.

Il me fallait laisser de côté tous les moyens anti-phlogistiques, révulsifs, astringents qui avaient été conseillés, et recourir à une médication qui seule me promettait quelque succès, je veux parler de la médication topique. En effet, je devais songer à traiter la phlegmasie chronique du larynx comme j'aurais traité une ophthalmie, et les remèdes devaient être portés directement sur le tissu altéré.

D'ailleurs, en tout état de cause, je pouvais être utile. J'instituai donc la médication suivante.

Tous les huit jours je devais porter au fond du pharynx et à la partie supérieure du larynx, une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent (1 gramme pour 10 grammes d'eau distillée). Tous les jours le malade inspirait, à l'aide d'un tube de verre, une poudre composée de calomel et de sucre candi.

Le traitement fut commencé vers les premiers jours de juillet; il fut fait trois applications de solution de nitrate d'argent. Ces attouchements déterminèrent seulement un peu de toux et un sentiment d'astriction fort désagréable qui se dissipait au bout de quelques heures.

Cependant vers la fin de juillet, M. de B... commença à éprouver de la gêne en inspirant; on entendait un sifflement assez fort quand il venait de marcher un peu vite.

Ce symptôme m'alarma au dernier point, et je ne dissimulai pas à la famille du malade mes vives inquiétudes, je dis que ce sifflement augmenterait rapidement, et que, sous peu, la mort aurait lieu par asphyxie.

A l'instant même je commençai un traitement anti-syphilitique très-énergique, espérant conjurer le mal s'il reconnaissait la vérole pour cause. Ce fut en vain.

Le 13 août, mes collègues MM. Marjolin et Cruveilhier me furent adjoints en consultation.

L'oppression était fort grande, surtout la nuit. M. de B... ne pouvait rester couché que peu d'instants, et, dès qu'il s'endormait, il était éveillé par un accès de suffocation.

Ces messieurs crurent à une cause syphilitique, voulurent qu'on insistât sur les mercuriaux, et, pour parer aux accidents les plus pressés, conseillèrent une saignée du bras et l'application d'un séton au col. Tout cela fut fait immédiatement.

La nuit du 13 au 14 fut terrible. Le 14, l'affaissement et l'orthopnée étaient extrêmes, il y eut une attaque d'épilepsie, et à la suite un peu de trouble dans les idées. Le

14 au soir l'état s'aggrava, et la nuit se passa dans une extrême agitation.

Le 15, au matin, le malade perdit connaissance; on m'envoya chercher en toute hâte; je le trouvai renversé sur un fauteuil, pâle, froid, les lèvres et la langue livides, le pouls petit, inégal; la respiration lente, profonde, sifflante; les pupilles dilatées, la sensibilité éteinte. Pressé de questions, le malade essayait de répondre par quelques grognements inarticulés, ou par quelques gestes presque imperceptibles. C'était un état d'agonie; M. de B.... mourait asphyxié.

Je dis à la famille que la mort était certaine, qu'elle arriverait dans peu d'heures; qu'il y avait peut-être une ressource dans la trachéotomie; mais que dans l'état d'asphyxie avancée où se trouvait le malade, l'opération elle-même laissait peu de chances. Je demandai une consultation. MM. Marjolin, Cruveilhier, Fouquier et Gimelle furent convoqués. C'était un jour de fête, le 15 août : tous ces messieurs étaient absents, à l'exception de M. Gimelle.

Il était quatre heures quand nous nous réunîmes, M. le docteur Hamard était avec nous. Le malade venait de recevoir l'extrême-onction sans avoir eu conscience de ce qui avait été fait.

L'opinion de M. Gimelle fut que, si l'opération n'était pas faite, le malade mourrait au plus tard dans une heure, que si elle était faite il mourrait quelques instants plus tôt.

J'adoptai la première opinion de M. Gimelle; quant à la seconde, je déclarai que l'opération me semblait présenter peut-être une chance sur cent, et qu'il la fallait tenter. M. Hamard partagea mon avis.

Sur ces entrefaites madame de B.... était arrivée de Dieppe, où elle était depuis un mois sans se douter de la gravité de l'état de son mari : elle monta, et ni les éclats de sa douleur, ni la vivacité de ses embrassements n'arrachèrent au moribond la moindre lueur de connaissance. On l'entraîna loin de ce triste spectacle et on lui fit part du résultat de notre consultation. C'était elle qui devait décider. Le général de Rumigny, son parent et son ami, lui dit avec fermeté que là où il se présentait une chance de salut, si faible qu'elle fût, il fallait y recourir. *Eh bien donc, dit-elle, que l'on fasse cette opération.*

M. de Rumigny remonta auprès de nous et nous fit connaître la volonté de madame de B.... A l'instant même les instruments furent préparés pendant qu'on déshabillait le moribond, et qu'on arrangeait le lit sur lequel j'allais l'étendre.

Cependant une pâleur mortelle couvrit tout-à-coup le visage; la respiration, qui était devenue de plus en plus lente et de moins en moins profonde, s'arrêta un instant, et il survint ces grimaces qui précèdent de si près le moment suprême.

Il n'y avait pas une seconde à perdre; nous saisîmes le malade et l'étendîmes sur un banc d'antichambre. Ce mouvement parut lui ôter ce qui lui restait de vie. La respiration cessa complétement, le pouls et le cœur cessèrent de battre, les traits s'affaissèrent, et les membres tombèrent dans une complète résolution. Il semblait mort.

J'avais le bistouri à la main et je commençai néanmoins l'opération. Je pénétrai facilement dans la trachée. Les vaisseaux ne donnaient pas de sang, et, à la lettre, j'opérais sur un cadavre. J'introduisis une large canule que je liai derrière le cou Cette manœuvre dura à peu près trois minutes.

Le passage de l'air rétabli, la respiration ne reprit pas; et le corps n'avait pas fait le plus léger mouvement qui décelât la vie.

Je ne crus pas la partie perdue; et comme le corps était couché sur un banc fort bas, je me plaçai en arrière et, appuyant mes deux mains sur le bas de la poitrine, je pressai de tout le poids de mon corps de manière à faire ployer les côtes et à chasser l'air des poumons; en effet, l'air s'échappa de la canule en sifflant; je cessai de comprimer, l'air rentra avec force, et je continuai ainsi ce mouvement de soufflet qui se renouvelait à peu près de quatre en quatre secondes.

Il y avait dix minutes à peu près que durait cette respiration artificielle, quand le général de Rumigny, qui tenait la main de son ami, nous dit qu'il croyait sentir les battements du pouls. M. Gimelle prit l'autre bras, et il lui sembla également que l'artère frémissait; il appliqua l'oreille sur la région du cœur, et il perçut un mouvement bien évident.

J'étais excédé de fatigue, ce fut au tour de M. Gimelle d'entretenir la respiration artificielle; nous nous succédâmes dans ce pénible office.

Cependant, vingt-cinq minutes après l'opération le pouls était devenu très-distinct, et même régulier; de temps en temps la face du cadavre s'éclairait d'une teinte un peu moins jaune. Enfin, à la cinquante-septième minute, on vit le visage grimacer, et il se fit une profonde inspiration; puis tout s'arrêta pendant trois minutes. Nous ralentîmes alors les mouvements que nous communiquions à la poitrine. Une autre inspiration survint, qui fut le début d'une attaque d'éclampsie pendant laquelle l'air s'introduisit convulsivement dans la poitrine et en fut plusieurs fois rejeté.

Une stupeur profonde succéda à cette attaque. Cependant la respiration se rétablissait d'abord de minute en minute, puis deux, trois, quatre fois par minute, puis huit ou dix fois; puis enfin selon le système normal.

Le malade ouvrit les yeux et sembla recouvrer connaissance une heure et demie après l'opération. Une demi-heure plus tard il fut replacé dans son lit et reprit alors complètement ses sens. Il n'avait nulle con-

science de ce qui s'était passé depuis la veille au soir.

Désormais tout alla simplement. La canule fut changée deux fois par jour; la fièvre traumatique se manifesta le troisième jour et cessa le huitième. Le malade put alors se lever quinze jours après l'opération, et put aller se promener au bois de Boulogne; deux semaines plus tard il était dans une de ses terres.

M. de B... recouvra rapidement ses forces et son embonpoint. Il éprouva quelquefois de petits accidents qui n'eurent rien d'inquiétant, et il revint à Paris au mois de décembre, dans l'état le plus satisfaisant en apparence.

Mais il portait encore sa canule, et il voulait en être débarrassé. Je réunis en consultation mes collègues MM. Marjolin et Roux. Nous pûmes constater que le larynx avait acquis un développement double au moins de celui qui lui est naturel, et que les deux côtés du cartilage thyroïde se rencontraient sur un angle extrêmement obtus. En ôtant la canule et en fermant la plaie il ne passait pas une bulle d'air à travers le larynx.

Il fut évident pour nous trois qu'il existait une tumeur dans la cavité du larynx, que cette tumeur existait probablement depuis long-temps, qu'elle avait causé l'aphonie, et en définitive l'asphyxie qui avait rendu l'opération nécessaire, et que, dans peu de mois, elle aurait acquis du volume, déborderait le larynx, comprimerait ou fermerait l'œsophage ou le pharynx, et ferait mourir le malade de faim.

Nos tristes prévisions se réalisèrent; au mois de mai, la tumeur avait acquis le volume du poing, et M. de B. ne pouvait plus prendre que des aliments liquides. En même temps il s'écoulait par la plaie du col et par la canule un liquide sanieux ou sanglant; enfin toute alimentation devint impossible, et le malade mourut en mai 1840, neuf mois environ après l'opération.

Mettant ici de côté la lésion laryngée dont l'incurabilité était malheureusement évidente, il n'en est pas moins certain que, même après la mort apparente, la trachéotomie a pu rappeler le malade à la vie et lui permettre de fournir encore une assez longue carrière. Que si, au lieu d'une tumeur cancéreuse, il ne se fût agi que d'une altération de la membrane muqueuse ou des cartilages, il n'est pas douteux que la guérison eût pu être complète, ou tout au moins que la vie se fût prolongée pendant longues années encore, grâce au conduit artificiel que nous avions établi.

On se demande si la nature de l'affection laryngée doit modifier la conduite du médecin et l'empêcher de pratiquer la trachéotomie, lors même que l'asphyxie est imminente.

Si embarrassante que soit cette question, je crois pourtant pouvoir y répondre, et je dirai ici ce que je fais, non peut-être que ce soit le mieux; mais parce que c'est chez moi conviction consciencieuse.

J'ai plusieurs fois été mandé par mes confrères, soit à Paris, soit en province, pour pratiquer la trachéotomie. Dans mon hôpital ou dans ma pratique particulière l'occasion s'est également présentée. Si l'affection laryngée est sous la dépendance d'une maladie tuberculeuse, et que l'état du poumon soit tel que la mort doive survenir dans peu de jours, je n'opère pas. Si au contraire la lésion pulmonaire commence seulement, et que les désordres laryngés soient tels que la vie soit prochainement compromise, je fais la trachéotomie. A plus forte raison n'ai-je jamais balancé à la pratiquer lorsque l'affection, quelque grave qu'elle fût, était exclusive au larynx, et que les poumons étaient intacts.

Il arrive malheureusement bien souvent que l'aphonie d'abord, et plus tard l'orthopnée, et enfin l'asphyxie, sont causées par le développement d'une tumeur dans le larynx; et, sur huit malades que j'ai opérés, quatre étaient dans ce cas; mais, outre que, dans la presque généralité des cas, le diagnostic précis est impossible, lors même que l'on pourrait constater au préalable l'existence de ces tumeurs, il n'en faudrait pas moins opérer, car personne ne peut affirmer que ces tumeurs ne se résoudront pas ou qu'elles ne resteront pas stationnaires. Et fût-il certain qu'elles doivent ultérieurement prendre un accroissement qui cause la mort, encore ne serait-il pas permis au médecin de ne pas donner à un malade les chances de quelques années, de quelques mois de vie.

Je n'ai rien à dire du manuel opératoire. Quoique j'aie fait déjà cent treize fois la trachéotomie, et que personne, sans doute, ne l'ait pratiquée aussi souvent que moi, je ne me dissimule pas que je ne suis pas chirurgien, et que ceux de mes confrères qui tiennent tous les jours le couteau chirurgical sont beaucoup plus habiles que moi; mais je peux au moins me permettre quelques avis qui peut-être ne seront pas inutiles aux personnes qui n'ont pas encore l'habitude de la trachéotomie.

Jamais une seule fois je n'ai été obligé de lier une veine ou une artère. Cent onze fois sur cent treize le sang s'est arrêté du moment où la canule a été introduite. Deux fois il a continué de couler après cette introduction; une compression exercée sur les tissus, en prenant le corps de la canule pour point d'appui, a suffi pour tout arrêter, de manière que je puis formuler ma proposition en ces termes :

« Dans l'opération de la trachéotomie, il faut éviter les vaisseaux veineux; mais quand cela est impossible il faut les couper franchement, ne pas les lier, ouvrir la trachée et introduire et attacher la canule. »

Ce précepte vrai, pratique, l'est à condition que l'on se servira du dilatateur que j'ai imaginé pour tenir la plaie largement béante dès que la trachée est ouverte; car, sans ce dilatateur, pendant les tentatives souvent très-longues que l'on fait pour introduire la canule, la respiration reste embarrassée, le sang continue de couler, s'engouffre dans la trachée et devient lui-même cause d'asphyxie.

Le diamètre de la canule doit être considérable et tel qu'il surpasse un peu le diamètre normal de la glotte.

En interrogeant avec soin mes malades, auxquels je plaçais des canules de grosseur différente, je suis arrivé à exagérer, en quelque sorte le volume des canules. Je ne me tiens pas pour satisfait lorsque le malade déclare qu'il respire aussi bien que dans l'état de santé, car j'ai vu qu'ils jugeaient leur état relativement à la gêne qu'ils éprouvaient auparavant, et que par conséquent ils étaient disposés à se contenter de peu.

En mettant des canules de plus en plus grosses, je remarque que, le malade qui, la veille, croyait le diamètre suffisant, respire mieux avec un conduit plus large; et l'on arrive à un point où une canule plus volumineuse ne lui donne pas une plus grande facilité de respiration; c'est là qu'il faut s'arrêter.

Je résume ainsi ce qui est relatif au diamètre des canules :

« En général une canule est suffisante quand le malade faisant une profonde inspiration, le bruit causé par le passage de l'air est nul, ou n'est pas plus fort que celui qui se passe dans le larynx d'un homme sain.

Mais comme nos confrères de province n'ont pas et ne peuvent avoir à leur disposition une grande quantité de canules je dois indiquer ici le diamètre et la longueur de celles dont je me sers maintenant, et qui ont été fabriquées par le coutelier Samson (1).

Pour un homme de taille ordinaire la canule doit avoir à son ouverture antérieure quinze millimètres de diamètre; à son ouverture postérieure ou trachéale, douze millimètres soixante-cinq millimètres de longueur sur la grande courbure, et cinquante à sa concavité.

Pour une femme de taille ordinaire, treize millimètres à son ouverture antérieure; dix à l'ouverture trachéale; soixante millimètres de longueur sur le bord convexe, et quarante-cinq sur le bord concave.

Pour un enfant de huit à douze ans, douze millimètres à l'ouverture antérieure; neuf à l'ouverture trachéale; cinquante-cinq sur le bord convexe; quarante sur le bord concave.

Pour un enfant de cinq à huit ans, onze millimètres à l'ouverture externe; huit à l'ouverture trachéale; cinquante sur le bord convexe; trente-sept à trente-huit sur le bord concave.

Pour un enfant de deux à cinq ans dix millimètres à l'ouverture antérieures; sept à huit à l'ouverture trachéale; quarante-cinq sur le bord convexe; trente-cinq sur le bord concave.

Pour un enfant au-dessous de deux ans neuf millimètres à l'ouverture antérieure; six à sept à l'ouverture trachéale; quarante-deux à quarante-trois millimètres sur le bord convexe; trente-deux à trente-trois sur le bord concave.

Il ne faut pas s'imaginer qu'un ou deux millimètres de diamètre de plus ou de moins soient quelque chose de peu sensible. Si l'on se rappelle que les surfaces des cercles sont sensiblement équivalentes à trois fois le carré construit sur le rayon, on comprendra qu'une canule dont l'ouverture trachéale a cinq millimètres de rayon est plus que double de celle qui a trois millimètres et demi. L'une en effet, présente une surface évaluée à peu près à soixante-quinze millimètres carrés, et l'autre à près de trente-deux millimètres.

Les canules doivent être changées matin et soir, les premiers jours par le médecin, et à l'aide du dilatateur, plus tard, par le malade lui-même et sans le secours d'aucun instrument.

Les premiers jours qui suivent l'opération, et plus tard, toutes les fois que la membrane muqueuse s'irrite et s'enflamme, la trachée se tapisse de croûtes dures analogues à celles qui se forment dans les fosses nasales dans le cours des coryzas chroniques. Ces croûtes dures, épaisses et configurées en tube, se détachent quelquefois en masse, et viennent subitement oblitérer la canule. Cet accident, peu grave en lui-même, épouvante singulièrement les malades. Le plus souvent les efforts de toux suffisent à l'expulsion de ces croûtes, quelquefois il faut porter un écouvillon dans la canule et briser ces corps étrangers; d'autrefois, enfin, il faut enlever promptement la canule pour en replacer une autre. Aussi est-il indispensable d'avoir toujours une canule de rechange toute prête.

Quand il se forme des croûtes dans la trachée, et qu'elles se détachent, il y a ordinairement une hémorrhagie qui inquiète encore beaucoup le malade, et que le médecin prend quelquefois pour une hémoptysie. Je n'ai jamais vu que cet accident eût la moindre gravité; il est analogue aux hémorrhagies nasales qui se produisent lorsque des croûtes se détachent de la membrane pituitaire.

Je bornerai là pour aujourd'hui ce que j'avais à dire de la trachéotomie dans les maladies chroniques du larynx; dans ce moment j'analyse mes observations relatives à l'emploi du même moyen dans la période extrême du croup.

J'avais résolu de n'écrire de nouveau sur ce sujet que lorsque j'aurais pratiqué cent

(1) Rue de l'Ecole-de-Médecine, 30.

trachéotomies, afin d'avoir quelques résultats plus précis. J'ai maintenant cent cinq opérations, et probablement j'en aurai davantage lorsque je publierai mes résumés.

A. TROUSSEAU,

Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

II. Expériences nouvelles sur l'injection de l'utérus (1).

M. le docteur Mélier, dès l'année 1833, a proposé formellement l'injection intrà-utérine, dans un travail lu à l'Académie de médecine, et inséré dans le tome II des Mémoires de cette Société. C'est d'ailleurs le col utérin seul que M. Mélier veut injecter; et vu la susceptibilité qu'il attribue à cette partie et les liens sympathiques qu'il reconnut, surtout avec les ovaires, notre confrère prescrit toutes les précautions dont il lui semble que l'opération doive être entourée, et qui ont trait, non seulement à sa pratique, mais encore à l'appareil instrumental dont on a à faire usage. M. Mélier a très-souvent injecté le col de l'utérus, et n'a jamais remarqué, à la suite, aucun accident sérieux : bien plus il est une forme de la métrite du col, le catarrhe de sa muqueuse, qui réclame, à son avis, particulièrement cette injection, que dans ce cas il a pratiquée avec *quelque succès* (p. 160).

D'autres praticiens, et parmi eux MM. Téallier et Jacquemin (*Bulletin de la Société de médecine*), ont aussi eu recours aux injections intrà-utérines, et, sans avoir autant à s'en louer que M. Mélier, n'ont, du moins, pas plus que lui constaté de suites fâcheuses.

Les faits de ce genre sont sans doute encore nombreux; on connaît surtout aujourd'hui les trois cents de M. Vidal de Cassis. Mais, je le répète, ces faits les comptât-on par milliers, annulent-ils donc ceux qu'on leur oppose, et qui signalent les funestes conséquences que l'opération dont il s'agit a entraînées ? On a beau les rejeter comme n'indiquant autre chose qu'une fausse interprétation des événements, ou une opération mal faite, comment le prouvera-t-on ? Je demanderai si l'on peut interpréter autrement que comme très-grave un *événement* qui donne la mort; d'un autre côté qui croira que des praticiens tels que MM. Bretonneau et Tonnelé ont agi avec violence contre un organe dont la sensibilité est de notoriété, on peut dire banale? Malgré l'usage du clyso-poupe, qu'on met à l'index si amèrement, pense-t-on sérieusement que l'injection que j'ai fait pousser ait été *immodérée*, avec un instrument dont le jeu est plus facile à dominer que celui d'aucun autre? De pareilles insinuations tombent devant la plus simple réflexion. Du reste, nous allons voir quelle garantie offrent définitivement toute espèce de précautions, celles même qu'on vient de s'appliquer à formuler avec une assurance qui semblait devoir éloigner jusqu'à la suspicion du plus léger accident.

Je déclare de suite que j'ai reculé pour mon compte, devant l'idée de soumettre mes malades à de nouvelles tentatives d'injections utérines, et qu'en fait d'expérience sur le vivant, je n'ai par devers moi rien à mettre en présence des trois cents cas de mon collègue M. Vidal; mais M. le docteur Robert était en mesure de répondre dans ce sens, et il a bien voulu me communiquer ses observations. Pour ce qui est des expériences sur le cadavre, je les ai dirigées avec un soin tel qu'il n'est pas une règle de conduite qu'on impose qui n'ait été scrupuleusement observée; sous ce point de vue, je défie la critique la plus exigente.

Voici, avant tout, la note que m'a remise M. Robert; je la transcris textuellement :

« Pendant les années 1836, 37, 38, j'ai fréquemment employé les injections intrà-utérines à l'hôpital de l'Ourcine; je pensais que ce moyen, par l'action directe qu'il exerce sur la muqueuse de l'utérus, devait être efficace dans le traitement de ses maladies. Je l'employai surtout contre le catarrhe utérin chronique, et contre la leucorrhée du col et du corps de l'utérus, maladies si souvent rebelles aux moyens connus.

« J'ai pris *toutes les précautions possibles* pour éviter le passage de l'injection par les trompes ou tout autre accident grave. Dans ce but, je me suis servi *d'un tube long et grêle terminé par un renflement olivaire percé de petits trous, auquel j'adaptais une petite seringue* (appareil fabriqué par Charrière sur ma demande) (1). Je l'introduisais dans l'utérus à la faveur du spéculum, et je poussais avec lenteur. (J'entre dans ces détails pour prouver que M. Vidal s'est trompé en pensant qu'avant lui on n'avait pas fait convenablement ces injections.)

« Les résultats qu'elles m'ont fournis diffèrent, suivant qu'elles ont été pratiquées dans la cavité du corps de l'utérus ou seulement dans celle du col (je tiens à cette distinction qui me paraît importante, et que M. Vidal n'a point faite) (2).

« 1° Pour injecter la cavité du corps de l'utérus, j'ai employé d'abord une légère décoction de noix de galles. Sept malades furent opérées le même jour; la première fois que j'eus recours à ce moyen, deux éprouvèrent seulement quelques douleurs passagères; cinq présentèrent des symptômes *tellement effrayants*, qu'à sept heures du

---

(1) V. notre numéro de juillet dernier.

(1) J'ai vu ces instruments à l'hôpital. (H.)

(2) Je ne puis partager en tout point l'opinion de M. Robert, on verra plus bas pourquoi. (H.)

soir on vint me chercher pour aller à l'hôpital de l'Ourcine constater leur état. Elles enduraient des douleurs si cruelles dans le ventre, qu'elles poussaient des cris perçants; chez deux d'entre elles, il y avait de la fièvre, et la douleur occupait surtout l'hypogastre, symptômes que j'attribuai à une métrite. (Saignée de bras; bain entier; lavement émollient laudanisé; cataplasmes.)

« Chez trois, il n'y avait que des accidents nerveux, hystériformes; l'absence de la fièvre, une sensation pénible de strangulation, me fit penser ainsi. (Bain frais, injection laudanisée dans le rectum, cataplasmes.) Ces trois dernières étaient guéries le lendemain; les deux autres eurent de la fièvre pendant trois ou quatre jours.

« Des symptômes aussi graves m'ôtèrent l'envie de recommencer immédiatement l'emploi des injections, et les malades elles-mêmes s'y seraient refusées; du reste leur catarrhe utérin persista.

« J'attendis quelques semaines pour effacer des salles le souvenir de cet événement, qui avait produit sur les malades une impression pénible. Lorsque je recommençai, ce fut sur une malade seulement à chaque fois, et j'employai l'eau de guimauve. Plusieurs malades y ont été soumises; toutes ont éprouvé des douleurs dans l'hypogastre; ces douleurs ont duré toujours au moins plusieurs heures. Je n'avais recours aux injections que tous les deux ou trois jours; quand les malades avaient supporté cinq ou six injections, je coupais l'eau de guimauve avec la décoction de noix de galles. Le plus souvent les malades n'ont éprouvé qu'une amélioration à peine sensible. Une femme de cinquante ans, ayant depuis quatre ans un catarrhe utérin, suite de blennorrhagie, fut cependant guérie au bout de deux mois. Chez les femmes réglées, il faut suspendre ce moyen quelque temps avant et après l'époque menstruelle, de sorte que le traitement est fort long. Ces inconvénients joints aux résultats peu prononcés que l'on obtient par ces injections, l'avaient fait abandonner la dernière année de mon séjour à l'hôpital de l'Ourcine.

2° *Injections faites seulement dans le col.* — Elles sont le plus ordinairement exemptes de douleur et d'accidents; j'ai employé une solution plus ou moins concentrée d'iodure de fer. Je n'avais recours à ce moyen que dans le cas d'engorgement chronique du col utérin avec leucorrhée.

« Peu de succès, et cependant j'ai souvent combiné avec ce moyen l'emploi de douches assez vigoureuses dirigées sur le col avec une pompe foulante à jet continu. Ces douches étaient données avec de l'eau et du sulfate de fer. J'ai néanmoins l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui, à la suite d'une vaginite, avait un tel écoulement du col utérin, que chaque jour elle perdait deux ou trois onces de mucus, ses alèzes en étaient pénétrées. La maladie durait depuis deux ans, et depuis cette époque aussi elle avait cessé d'être réglée; après l'emploi de divers moyens, j'eus recours aux injections d'iodure de fer dans la cavité du col seulement, et en trois semaines elle fut guérie; mais il y eut récidive. Elle rentra six mois après dans le même état, et fut de nouveau guérie par le même moyen. Je ne l'ai pas revue depuis. »

Comment interpréter ces faits? Les plus grandes précautions ont été prises, et cependant on voit s'élever les accidents des injections intrà-utérines dans une progression rapide, de la simple douleur aux désordres nerveux *les plus effrayants*, et enfin à l'inflammation! Et tout cela sans résultat autre qu'une inefficacité à peu près constante pour le but qu'on poursuit.

Depuis que l'attention est appelée définitivement sur ce point important du traitement des maladies des femmes, des cas analogues se révèlent chaque jour (1). Je ne pense pas cependant qu'ils se multiplient assez pour qu'on puisse jamais les compter par centaines; il est des pratiques que la conscience, sans être trop timorée, peut interdire de répéter, quand, en outre de leurs effets curatifs très-contestables, elles tiennent l'opérateur dans l'imminence de faire courir à l'opéré des dangers très réels. C'est ainsi qu'à l'hôpital de l'Ourcine, M. Danyau ne fait qu'une injection intrà-utérine, arrêté par les désordres qui s'en suivent; que M. Gibert, si j'en crois ce qu'on m'assure, y renonce aussi promptement par le même motif, et que M. Michon, enfin, ne fait pas même un premier essai, instruit des observations de ses collègues.

Je passe maintenant aux expériences que j'ai faites sur le cadavre.

Avant de les commencer, j'ai fait confectionner chez M. Charrière une seringue et une canule sur le modèle même de la seringue et de la canule dont se sert M. Vidal, et qu'il a présentées à l'Académie.

C'est M. Sappey, interne de mon service, qui a poussé les injections devant moi. Tous les élèves de mon service ont assisté aux expériences. M. Castelnau, interne dans le service de M. Nelaton, et M. Nelaton en ont été les témoins presque assidus; enfin à la Pitié, M. Lenoir et ses élèves; à Cochin, M. Briquet et ses élèves ont pu également vérifier les résultats que j'annonce.

La seringue chargée a toujours été préalablement éprouvée pour que l'air contenu en soit totalement expulsé avant l'injection. Celle-ci a été poussée avec la plus extrême lenteur; il a fallu des circonstances spéciales

(1) Voyez *Revue médicale*, août 1840; compte rendu des séances de la Société de médecine de Paris. *Gazette médicale*, n° du 5 septembre, observations d'ovarites, suite de l'injection de l'utérus, par M. Leroy-d'Etiolles, etc.

pour que l'impulsion fût forcée ; mais alors l'expérience était jugée.

Je divise ces expériences en deux catégories.

Dans la première, je place celles pratiquées sur l'utérus séparé du cadavre ; dans la seconde, celles faites sur le cadavre entier, je vais, du reste, les exposer d'abord sans aucun commentaire.

Première catégorie. — Utérus détachés.

Exp. I.—Femme de soixante ans, col vierge; résistance à l'orifice vaginal qui oblige à forcer la pénétration de l'instrument. Résistance plus grande encore à l'orifice utérin contre lequel l'olive terminale de la canule heurte assez violemment pour soulever l'utérus en totalité et lui imprimer les plus fortes secousses ; il faut pousser à l'encontre de la canule pour que celle-ci puisse franchir l'obstacle.

Injections. 1° La seringue entière est vidée, on voit de suite un reflux abondant par le col, et en même temps le liquide coule en jet continu par les trompes. 2° La seringue n'est emplie qu'à moitié; l'injection est poussée avec la plus extrême lenteur ; reflux immédiat par le col, et jet par les trompes. 3° On n'injecte plus qu'un cinquième de la seringue; le reflux par le col et l'écoulement par les trompes restent les mêmes.

Examen anatomique.— Le col égale le corps de l'utérus en longueur. Intégrité complète de tout l'appareil.

Exp. II.—Femme de trente ans, utérus vierge, mais malade. Trois corps fibreux font saillie à la paroi postérieure. Ils sont assez petits, un seul est de la grosseur d'une noisette. Catarrhe abondant du col. Les trompes présentent en outre au niveau de leurs franges un renflement kystiforme rempli de liquide et du volume d'une noix environ ; elles adhèrent intimement à l'ovaire des deux côtés. L'orifice vaginal du col n'est franchi qu'avec la plus grande difficulté, et il faut une véritable violence pour faire entrer la canule dans la cavité utérine.

Injections. Fortes comme modérées, elles ne pénètrent point dans le péritoine, mais on voit les trompes se gonfler jusqu'à leurs adhérences aux ovaires. La trompe droite cependant cesse bientôt d'être perméable. En même temps que le gonflement des trompes, on voit le reflux par le col comme dans l'observation précédente.

Examen anatomique. — L'utérus est volumineux ; la cavité du col est rouge. Dans la cavité du corps, à l'orifice même de la trompe droite, est implanté un polype muqueux, allongé comme une petite amande, et mobile sur son pédicule.

Exp. III. — Femme de vingt-cinq ans; elle a eu des enfants. Cette expérience est instituée pour rechercher si une injection poussée seulement dans la cavité du col pénètre dans celle du corps. La paroi antérieure de l'utérus est excisée de manière à découvrir son intérieur. La canule arrêtée dans le col, l'injection n'en jaillit pas moins immédiatement par l'orifice utérin.

Exp. IV. — Femme de quarante ans, accouchée depuis quinze jours; le corps et le col de l'utérus ont beaucoup d'ampleur ; la canule est introduite sans obstacle.

Injections. — On les varie et on les répète en vain, tout reflue par le col; l'air même ne pénètre pas dans les trompes.

Examen anatomique.— L'utérus, très-injecté, est doublé en entier d'une couche épaisse, villeuse, analogue à un caillot décoloré et déchiré.

Exp. V. — Femme de trente ans, assez récemment accouchée. Les ovaires sont comme fibreux ; les trompes ont un volume et une dureté considérables ; la canule traverse facilement le col.

Injections — De quelque manière qu'on les répète, les trompes leur sont fermées.

Examen anatomique. — L'utérus est épais, injecté et rempli d'une matière glaireuse.

Exp. VI. — Femme de dix-huit à vingt ans, a eu au moins un enfant. Adhérences des trompes à l'ovaire ; pénétration très-libre de la canule dans l'utérus.

Injections. — Reflux complet par le col; les trompes ne sont pas même agitées.

Examen anatomique. — Turgescence livide des parois de l'utérus ; muqueuse comme boursouflée; il n'y a d'ailleurs dans sa cavité ni mucosité ni sang.

Exp. VII. — Femme de trente-cinq à quarante ans, a eu plusieurs enfants. Traces de péritonite sur l'utérus ; trompes libres ; l'orifice vaginal du col est assez largement béant ; entrée de la canule facile, mais obstacle à l'orifice utérin.

Injections. — A peine poussé *dans la cavité du col seul,* le liquide sort par la trompe gauche; l'idée me vient de pousser l'injection contre l'orifice vaginal du col, sans pénétrer dans son intérieur. Le liquide arrive dans l'utérus, et passe immédiatement par la trompe.

Exp. VIII. — Femme de vingt-cinq ans. Ici l'orifice vaginal du col consiste en un simple pertuis. On fait une incision pour livrer passage à la canule, qui s'arrête ensuite à l'orifice utérin, dont on ne surmonte pas d'abord la résistance.

Injections. — 1° Dans le col seul, le liquide pénètre les trompes du premier coup; en même temps reflux dans le vagin; 2° Dans la cavité de l'utérus, pénétration aussi rapide des trompes, et reflux par le col : on retire la canule jusqu'à ce que son olive s'appuie sur l'orifice utérin de manière à le boucher ; le liquide sort par les trompes, mais il n'y a plus de reflux dans le vagin.

Exp. IX. — Femme de soixante-cinq à soixante-dix ans. L'utérus est dans un état de putréfaction assez avancée ; col vierge; son orifice vaginal est assez facilement traversé par la canule; l'orifice utérin résiste.

Injections. — 1° Dans le col, tout reflue dans le vagin.

2° Dans la cavité utérine quand la canule y a été forcément introduite, les trompes sont toujours imperméables, même à l'impulsion la plus forte ; alors on comprime le col sur la canule pour empêcher le reflux dans le vagin. L'utérus se gonfle à mesure que l'injection le remplit ; on voit la trompe gauche qui se dilate dans une étendue de quatre lignes, mais plus rien au delà ; on pousse de l'air en ne cessant pas de comprimer le col sur la canule; immédiatement après on injecte de l'eau en maintenant toujours la compression de la canule ; alors on voit des bulles d'air soulever le péritoine utérin, et bientôt le liquide sort à la fois par la trompe gauche et les veines du ligament large de ce côté.

Examen anatomique. — La muqueuse utérine est ramollie en bouillie, roulée sous forme de pulpe et soulevée par une multitude de petites bulles d'air ; on ne distingue pas d'ailleurs de crevasses à la paroi de l'utérus; une injection poussée par une grosse veine du ligament large pleut dans l'in-

térieur de la cavité, tout en passant à travers l'épaisseur de la paroi postérieure dans les veines du bord opposé.

Exp. x.— Femme de trente ans, a eu au moins un enfant ; point d'obstacles aux orifices du col.

Injections. — Le piston de la seringue est à peine en mouvement que l'eau jaillit par la trompe gauche ; la trompe droite adhère à l'ovaire, et son orifice péritonéal est fermé ; elle s'emplit jusqu'à l'adhérence ; on l'incise dans son trajet, et le liquide sort brusquement par l'incision.

La putréfaction était manifeste, mais moins avancée que dans le cas précédent ; la canule étant fixée par pression du col, on injecte de l'air, qui s'insinue promptement dans les vaisseaux et le tissu sous-séreux ; l'eau poussée ensuite s'échappe à pleins bords par les trompes et les veines des ligaments larges.

Examen anatomique. — L'utérus est déchiré en lambeaux à sa paroi postérieure ; la muqueuse, quoique molle, n'a pas perdu toute consistance.

Exp. xi.—Femme de cinquante à soixante ans, a eu des enfants. Obstacle médiocre à l'orifice utérin du col.

Injections. L'eau passe déjà par la trompe gauche qu'un sixième de la seringue (la valeur à peu près d'une cuillerée à café) est à peine vidé. La trompe droite, adhérente à l'ovaire, se gonfle, mais ne laisse pas échapper le liquide. On incise son trajet comme ci-dessus ; même résultat. La canule est comprimée avec le col. L'air et l'eau injectés s'engagent brusquement dans les trompes et les veines.

Examen anatomique.—Putréfaction évidente. Large déchirure de la paroi postérieure de l'utérus. La muqueuse a encore de la résistance dans les points voisins.

Deuxième catégorie.—Injections sur le cadavre entier.

Le cadavre est placé exactement dans la position qui est donnée aux malades pendant l'opération. Le spéculum est ensuite introduit et maintenu après la saisie du col. Cela fait, l'abdomen est largement ouvert ; la masse intestinale relevée et soutenue au-dessus du bassin permet d'explorer son excavation. Les liquides séreux qui peuvent y être épanchés sont abstergés, et l'utérus avec ses annexes mis complétement à découvert.

Exp. xii.—Fille de dix-huit à vingt ans morte phthisique dans le service de M. Nélaton. Il n'est pas certain qu'elle ait eu un enfant. La mort date de trente-six heures. L'utérus et ses annexes sont parfaitement intacts.

Injections. — 1° *Dans la cavité du col seulement.* — Le piston n'a pas parcouru six lignes que l'injection distend les trompes et passe dans le péritoine en même temps qu'elle reflue dans le vagin.

2° *Dans la cavité du corps.* L'obstacle à la pénétration de la canule est très-difficile à surmonter. L'utérus plein (la valeur d'une cuillerée à café suffit pour cela), *une ligne* d'injection passe par les deux trompes à la fois.

Exp. xiii.—Femme de soixante ans morte dans le service de M. Briquet à l'hôpital Cochin. La putréfaction est très-avancée.

Injection. Elle arrive aisément du col dans l'utérus. Les trompes se redressent et l'on voit l'eau filtrer en petite quantité par leur orifice péritonéal. Après cette première épreuve, on répète inutilement l'injection. C'est à peine si elle parvient à l'utérus. — Poussée dans sa cavité même, elle reflue en entier dans le vagin. Alors on détache les parties du cadavre, et ce n'est qu'après avoir fortement comprimé le col sur la canule qu'on revoit enfin l'eau injectée traverser les trompes ; de plus, bientôt elle s'engage dans les veines, et infiltre largement le tissu cellulaire.

Examen anatomique. — L'utérus est déchiré dans la largeur d'une pièce de vingt sous. — La muqueuse est réduite en bouillie grisâtre qui se détache au plus léger grattage.

Exp. xiv. — Fille de quatorze ans, morte phthisique avec coxalgie et luxation spontanée, dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital de la Pitié.

L'utérus est très-petit et très-sain, ainsi que ses annexes.

L'injection, faite d'abord dans le col, coule immédiatement et à plein jet dans le péritoine ; poussée ensuite dans l'utérus, le résultat est, si l'on peut dire, encore plus prompt.

Exp. xv. — Femme de quarante-cinq à cinquante ans, morte également à la Pitié.

L'injection passe de même, et aussi vite, du col dans l'utérus, et de l'utérus dans le péritoine.

Exp. xvi. — Femme de vingt-cinq ans morte d'*anémie essentielle* dans mon service. Cette femme était accouchée il y a quatre mois.

Sauf l'état anémique, tous les organes étaient dans l'intégrité la plus parfaite.

La pénétration de l'injection dans le péritoine a été si prompte que M. Sappey ne se doutait pas même qu'il eût fait mouvoir le piston. La canule n'avait pas dépassé le col.

A ces expériences que j'ai dirigées moi-même, et dont j'ai voulu donner tous les détails, au risque d'être monotone, je joindrai les suivantes faites par M. Briquet, qui en raconte lui m me ainsi les résultats :

« J'ai fait sur huit utérus séparés du corps, mais enlevés avec soin, des injections.

« Je me suis servi d'une seringue à canule ordinaire, en introduisant la canule assez profondément dans la cavité du col. J'ai poussé avec la plus grande modération, je n'ai point comprimé le col pour empêcher le reflux du liquide que j'injectais ; *à l'instant même*, le liquide sortait par l'ouverture des trompes, ces conduits eux-mêmes éprouvaient un mouvement de locomotion très-prononcé au moment où le liquide les pénétrait, puis le liquide les traversait en abondance.

« L'expérimentation a été faite sur des utérus d'enfants de quatre et de dix ans, de jeunes femmes et de vieux sujets de soixante ans.

« J'ai cessé les injections dès que j'ai vu qu'elles réussissaient toujours. »

Il n'est pas besoin de bien longs commentaires pour tirer les inductions qui ressortent de toutes ces expériences.

En nous tenant aux plus graves, examinons d'abord la perméabilité des trompes. Sur les seize cas qui m'appartiennent, l'injection passe dix fois dans le péritoine ; ce résultat ne manque dans au-

cun des huit qui appartiennent à M. Briquet. La statistique ici pose comme règle le passage des injections intrà-utérines dans le péritoine. Voyons maintenant si les exceptions s'expliquent, et peuvent non seulement la confirmer, mais encore la dégager de tout élément de restriction. Six cas sont exceptionnels, les voici :

Exp. II. — Fortes comme modérées, les injections ne peuvent franchir les trompes. L'examen anatomique démontre qu'elles adhèrent l'ovaire; elles se distendent jusqu'à ce point. De plus la trompe droite cesse bientôt d'être perméable, et à l'ouverture de l'utérus, on découvre un petit polype muqueux mobile sur son pédicule implanté à l'orifice de cette trompe.

Exp. III. — Rien à en conclure dans l'espèce; il ne s'agit d'établir que le passage dans l'utérus de l'injection poussée seulement dans le col.

Exp. IV. *Accouchement récent.* — Ni l'eau ni l'air injectés ne traversent les trompes. Une couche épaisse, villeuse, analogue à un caillot décoloré et déchiré, tapisse la cavité utérine et double tout son intérieur.

Exp. V. *Accouchement récent.* — Les injections répétées ne distendent pas même les trompes. Celles-ci sont d'un volume et d'une dureté insolites, et la cavité utérine est remplie d'une matière glaireuse.

Exp. VI. *Accouchement récent, mais d'une date plus éloignée que les précédents.* — Reflux entier de l'injection dans le vagin. Trompes épaissies; turgescence livide des parois de l'utérus.

Exp. IX. — L'injection même forcée n'arrive qu'à distendre la trompe gauche dans un trajet de quatre lignes. La putréfaction est avancée, la muqueuse utérine ramollie et roulée en pulpe et refoulée de tous côtés.

Dans ces six cas, l'obstacle à la pénétration de l'injection dans les trompes est évident et *mécanique*. On en peut conclure surtout, et cela contrairement à ce qu'on eût pu supposer d'abord, que par les modifications qu'il laisse, soit dans les sécrétions, soit dans la texture de l'utérus, un accouchement récent est une condition favorable à l'injection intrà-utérine. Depuis Recolin (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tom. VIII, édit. in-12; III, édit. in-4.) de nombreuses observations confirment ce fait. J'ai voulu, du reste, qu'une nouvelle expérimentation vînt étayer la mienne. C'est M. Danyau, chirurgien et professeur adjoint à la maison d'accouchement, qui me l'a fournie; voici sa note :

« Je n'ai pratiqué que quatre fois les injections dans l'utérus de femmes mortes à la suite de leur accouchement, voici les résultats que j'ai obtenus :

« 15 Août. *Hospice de la maternité.*—Femme morte depuis dix-huit heures, cinquante heures après l'accouchement. Deux premières injections avec une grosse seringue à lavement sont faites à un pied de distance, et dirigées sur l'orifice entr'ouvert; pas une goutte de liquide ne reflue par les trompes, bien que le soulèvement des parois utérines indique que l'eau injectée pénètre en partie dans la cavité de la matrice. Deux autres injections faites, le canon de la seringue étant introduit dans l'utérus, ne produisent non plus aucun reflux.

« 17 Août. *Hospice de la maternité.*—Femme morte depuis vingt-trois heures, trois jours après l'accouchement. Injections faites sur l'utérus complétement détaché; les deux premières à distance et sans résultat aucun; la troisième intrà-utérine, également sans reflux, bien que l'utérus fût un peu distendu par le liquide; la quatrième, faite avec la précaution de serrer fortement le col, et de s'opposer à la sortie du liquide, est suivie de reflux par les veines, mais pas une goutte ne s'échappe par l'orifice péritonéal des trompes.

« 25 Août. *Clinique d'accouchement.*—Utérus d'une femme morte trois jours et demi après l'accouchement, cinquante heures environ après l'invasion d'une métro-péritonite très-intense. Trompe droite pleine de pus, trompe gauche vide; deux premières injections à distance, sans reflux par les trompes (la droite avait été préalablement vidée de tout le pus qui la remplissait). Troisième injection intrà-utérine; même résultat. Quatrième injection faite après avoir embrassé le col avec une ligature; utérus fortement distendu par le liquide; reflux par les veines; point de reflux par l'orifice des trompes.

1er Septembre. *Clinique d'accouchement.*—Femme morte de scarlatine six jours après l'accouchement. Utérus et annexes parfaitement sains. Exactement même résultat que dans le cas précédent. »

Ant. Danyau.

5 Septembre, 1840.

En résumant les conséquences qui découlent de ces faits, ne demeure-t-il pas établi de la manière la plus formelle et la plus générale que, *toutes les fois* que la cavité utérine sera *libre*, et que les trompes exemptes, de leur côté, de toute adhérence et saines dans leurs parois, s'y *ouvriront* sans obstacle, l'injection parvenue dans l'utérus pourra passer dans le péritoine ?

Si, d'autre part, l'on se rappelle que, dans les cas où cette pénétration a eu lieu, les soins les plus minutieux avaient été pris pour modérer l'injection, au point qu'une fois (obs. XVI) l'opérateur ne se doutait même pas qu'il eût communiqué le moindre mouvement au

piston de la seringue; si l'on n'oublie pas que le *reflux dans le vagin* a toujours été simultané; si l'on tient compte enfin, et *surtout* de ce qu'il a suffi d'un sixième (obs. XI) et même d'un cinquième de la capacité de la seringue (obs. I) pour que les trompes soient franchies (1), n'est-on pas en droit de décider que les précautions les plus extrêmes ne peuvent garantir du grave danger dont il s'agit ici?

En portant maintenant son attention sur d'autres points non moins saillants de ces expériences, on voit que plusieurs conditions organiques des parties soumises à l'opération prêtent à des conclusions également importantes.

1° La difficulté très-grande que rencontre la canule de la seringue pour pénétrer dans l'utérus par l'orifice supérieur du col, dans la généralité des cas, démontre que sur le vivant l'injection a rarement été faite dans l'utérus même; d'un autre côté, la distinction qu'on a voulu faire des injections du col seul, et de celle de l'utérus lui-même, tombe; il est vrai que le liquide, malgré l'étroitesse de l'orifice utérin du col, n'en passe pas moins rapidement dans l'utérus, et peut de là traverser les trompes.

2° Le fait que j'ai cité (obs. VII) et ceux de M. Danyau ont une portée qui ne peut non plus être passée sous silence. Ils démontrent qu'une simple injection vaginale, si l'on se sert du spéculum pour la diriger, pourra parvenir à l'utérus, et faire courir alors, à la rigueur, tous les risques du passage du liquide injecté par les trompes, quand l'orifice vaginal du col aura des dimensions étendues, soit par l'accouchement, soit, plus fréquemment encore, par une ulcération.

Une observation recueillie dans mon service (salle Saint Clément, n° 1) réalise pleinement cette dernière supposition.

Une fille maigre et de haute taille, remarquable d'ailleurs par les dimensions considérables de tout son appareil sexuel, déjà mère à vingt ans de plusieurs enfants, était affectée d'une érosion saignante du col (*col fungiforme*). L'orifice vaginal, agrandi par l'ulcération, se présentait béant à l'extrémité du spéculum. C'est contre ce genre d'altération que je porte principalement les injections-douches de décoction de feuilles de noyer et d'alun.

Chaque fois qu'elles étaient faites chez cette fille, elles provoquaient des douleurs de forme expultrice si vives, qu'elles la condamnaient pendant deux ou trois jours à garder le lit. Le résultat de ma septième observation me rendit compte de ces douleurs; il était clair que l'injection, quoique poussée seulement dans le vagin, entrait dans l'utérus. Ce qui vint le prouver de reste, c'est que, ayant eu soin de saisir le col de manière à le maintenir incliné par une légère torsion, les injections poussées alors avec le plus de force, furent désormais de la plus complète innocuité.

Pénétration de l'injection dans les veines utérines. — Si l'on consulte les expériences qui présentent ces résultats, on voit que d'une part les injections ont été, sinon violentes, au moins toujours forcées; qu'il a fallu de plus, en général, que la canule fût serrée avec le col, de manière à empêcher tout reflux du liquide. Deux circonstances, en outre, doivent être particulièrement signalées; savoir: la putréfaction assez avancée pour ramollir au moins la muqueuse de l'utérus, ou l'état actuel de parturition.

Cet accident est donc moins redoutable, surtout quand les injections intrà-utérines seront pratiquées avec la modération convenable. Cependant on conçoit qu'une ulcération pourra, comme le ramollissement putride, mettre à nu les veines si largement distribuées sous la muqueuse utérine, et rompre leur continuité de manière à ouvrir la voie au passage du liquide poussé avec le plus de précaution.

Je puis appuyer cette proposition du fait que j'ai déjà relaté dans ce journal (numéro de juillet). L'utérus qui a servi à l'expérience qui constata ce passage de l'injection intrà-utérine dans les veines hypogastriques était en effet ulcéré à sa surface interne (1), et tous les membres de la société de médecine de Paris présents à la séance où j'ai répété cette injection, pourraient témoigner de la lenteur avec laquelle je la poussais.

Telles sont les observations et les recherches expérimentales que je crois devoir liver à la publicité. Les praticiens apprécieront et estimeront leur valeur.

Les injections intrà-utérines soulèvent une question de thérapeutique trop grave pour que chacun, en position de contribuer à l'éclairer, ne doive pas se hâter de fournir son contingent. On a dit, dans l'enthousiasme d'une opinion opposée à la mienne, que cette opération sortirait bientôt triomphante de la polémique qu'elle agite, que même elle ne tarderait pas à animer des réclames pour établir quel est positivement le *premier* qui l'a pratiquée; pour moi, je n'aurais ambitionné qu'une chose, c'est d'être le *dernier* qui l'ait faite.

HOURMANN,
Médecin de l'hôpital de l'Oursine.

(1) La seringue dont je me suis servi contient trente-six grammes de liquide. — Six grammes d'injection intra-utérine peuvent donc passer dans le péritoine.

(1) Comme cela a été vu depuis par l'autopsie.

MÉDECINE LÉGALE.

III. Aliénation mentale; attentat à la pudeur.

Le 6 mai 1840, le nommé Joachim T... de Vitré, menuisier, âgé de trente ans, fut extrait, pour cause de folie, de la Maison d'arrêt de Rennes, où il était détenu sous la prévention d'attentat à la pudeur, et transféré à l'hôpital des aliénés de cette ville. Les renseignements recueillis alors firent connaître que, dès l'entrée en prison de Joachim T..., ses compagnons de captivité s'aperçurent de la faiblesse de son intelligence, et en abusèrent de la manière la plus cruelle. Ils lui persuadèrent que le délit qui lui était imputé n'était que le prétexte de son incarcération, laquelle n'avait d'autre but que de le soumettre aux investigations des médecins qui, après l'avoir empoisonné et après avoir étudié sur lui l'effet du poison, en recherchera ient ensuite les traces sur son cadavre. Frappé de terreur, Joachim T... ne tarda pas à refuser toute espèce d'aliments et de boissons, à perdre le sommeil, à entendre jour et nuit des voix menaçantes qui n'étaient peut-être pas toujours imaginaires, et enfin à entrer par moments dans de véritables accès de fureur. Son état s'étant amélioré pendant son séjour à l'hôpital, il comparaissait, le 19 août dernier, devant la cour d'assises d'Ille-et-Vilaine.

A l'ouverture de l'audience, M. le substitut du procureur général lit un certificat daté du 26 juillet dernier, par lequel le docteur Chambeyron, médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Rennes, constate « que Joachim T..... ne peut pas être considéré comme ayant entièrement recouvré la raison, mais qu'il est toutefois en état de soutenir les débats, et qu'il est dans son intérêt d'être jugé, quelle que doive être l'issue de son procès, attendu qu'une décision, même fâcheuse, serait moins défavorable à son état que l'incertitude dont il est tourmenté. » M. le substitut conclut au renvoi de l'affaire à une autre session, se fondant sur ce que l'accusé est reconnu fou, qu'il n'est pas de la dignité de la justice de juger un fou, et que, d'un autre côté, ses attributions ne sont point de faire de l'hygiène en faveur des fous. Me Provins, défenseur de Joachim T..., soutient qu'on ne saurait retenir indéfiniment un homme sous le coup d'une prévention, parcequ'il se trouve atteint d'aliénation mentale, et que si son client est aliéné, les débats en convaincront le jury mieux encore que ne saurait le faire le rapport d'un médecin.

La cour, après en avoir délibéré, ordonne qu'il sera passé outre aux débats. L'accusé est introduit; il est d'une taille moyenne, assez maigre; son front est étroit et fuyant, ses grands yeux à fleur de tête, et sans cesse en mouvement, ont quelque chose d'égaré; ses cheveux sont peignés avec un coquetterie peu commune parmi les ouvriers de sa petite ville; on remarque dans son attitude une sorte d'inquiétude et d'agitation qui la fait ressembler plutôt à celle d'un enfant de douze à quinze ans qu'à celle d'un homme de trente. Il répond avec volubilité et précision aux questions que M. le président lui adresse sur son nom, son âge, sa profession, etc.

Le docteur Chambeyron donne ensuite quelques détails sur l'état mental du prévenu pendant son séjour à l'hôpital des aliénés. « Lors de son entrée, dit-il, Joachim T... paraissait fort effrayé, non des expériences médicales dont il croyait devoir être le sujet (il n'en parla pas, peut-être parce qu'il voyait qu'il avait affaire à un médecin), mais des conséquences que pourrait avoir l'accusation portée contre lui. On l'avait convaincu, en prison, qu'il serait condamné à mort, ou tout au moins aux travaux forcés à perpétuité. On évita tout ce qui pouvait le ramener vers cet ordre d'idées, et ses craintes s'évanouirent, ou du moins il cessa de les manifester. Néanmoins il continua à montrer une agitation et une instabilité remarquables; il semblait ne pas pouvoir se faire une idée exacte de sa position. Il demandait sans cesse à être reconduit en prison pour être ensuite jugé; il se précipitait vers toutes les portes qu'il voyait un instant ouvertes; à chaque visite il me répétait qu'il n'était pas assez riche pour payer pension dans une maison de santé, que d'ailleurs il n'était point malade, qu'il voulait être jugé, qu'on ne l'avait placé à l'hôpital que pour trois jours, que moi-même je lui avais promis qu'il serait jugé tel jour, que l'époque était passée et que je n'avais pas tenu ma parole. Cette particularité est jusqu'à un certain point caractéristique; il arrive assez fréquemment que les aliénés réclament l'exécution de prétendues promesses avec un accent de conviction dont on pourrait être dupe si ces promesses n'étaient le plus souvent d'une nature telle qu'il est impossible qu'on les ait faites. Je m'efforçais de calmer Joachim, de lui faire entendre qu'il ne dépendait pas de moi de convoquer le jury, que la session de la cour d'assises n'aurait lieu qu'au mois d'août. Souvent il s'emportait, et j'avais peine à lui imposer silence; d'autres fois il paraissait me comprendre, mais une heure après, ou le lendemain, il fallait recommencer mes explications. La semaine dernière, j'ai pu lui annoncer qu'il comparaîtrait aujourd'hui devant la cour; depuis il a été plus tranquille à cela près qu'il a fallu employer la force pour l'empêcher d'aller, trois jours à l'avance, préparer ses effets à la lingerie. Je pense qu'aujourd'hui il est en état de suivre les débats, et d'en apprécier la portée. »

La femme B..., plaignante, dépose que, le 20 février dernier, Joachim T... s'introduisit chez elle vers le milieu de la journée, sous prétexte de faire changer quelque chose à un pantalon que son mari, qui exerce la profession de tailleur, avait livré peu de jours auparavant. « Je lui répondis, continue-t-elle, que mon mari était chez son père, où il avait

été surpris par une grave indisposition. Joachim T... voulut l'envoyer chercher, et proposa deux sous à un jeune garçon qui se trouvait chez moi pour se charger de ce message; je fis signe à l'enfant de n'en rien faire, et Joachim se retira. Mais il revint vers deux heures; j'étais alors seule dans ma chambre, et je voulus, mais en vain, lui en interdire l'entrée. Je parvins toutefois à l'empêcher de fermer la porte; dans la lutte, il passa la main sous mes vêtements, la porta sur mes parties sexuelles, et dut la retirer ensanglantée, car je me trouvais alors dans la période menstruelle. Des voisines étant accourues à mes cris, il me lâcha et prit la la fuite. »

La femme F... dit qu'avertie par le bruit qui se passait au dessus de sa tête, elle monta l'escalier, et vit, sur le carré, la femme B... aux prises avec T... qui, de la main gauche, la tenait par l'épaule et l'appliquait fortement à la muraille. Elle ne remarqua aucun désordre dans les vêtements ni de l'un ni de l'autre; à son approche, Jaochim T... s'échappa et elle le poursuivit jusque dans la rue, en le menaçant d'un couteau qu'elle tenait à la main.

La fille du précédent témoin affirme qu'en passant devant elle, T... a appuyé sa main sur la sienne, et y a laissé des traces de sang.

T... allègue que les mœurs de la femme B... sont très suspectes, que pendant qu'il était chez elle, le petit garçon qui s'y trouvait en même temps jouait avec elle d'une façon assez leste, que pour le faire cesser elle le menaça de son mari, et que l'enfant répondit : Et moi je lui dirai qu'il est venu des hommes dans votre chambre par dessus les toits. Il ajoute que la femme B... lui raconta qu'elle était mal avec son mari, lequel avait détourné des effets appartenant à la communauté; et il suppose que ces confidences n'étaient pas sans arrière-pensée. Il soutient qu'il n'a tenu aucun propos malhonnête, ni fait aucune violence à la plaignante; qu'il n'a point vu les deux femmes qui viennent de déposer contre lui, et que d'ailleurs l'escalier est tellement étroit que, s'il eût fui, comme on le prétend, il n'aurait pu manquer de les renverser toutes deux, ou d'être arrêté par elles. On lui en veut sans doute, mais il ne saurait dire pourquoi.

Trois autres témoins sont entendus; ils ne sont instruits que par ouï-dire du fait principal; tous s'accordent à dire que la femme B... vivait en bonne intelligence avec son mari, et que sa conduite était irréprochable.

Aucun d'eux n'a jamais pensé, antérieurement à l'acte incriminé, que Joachim T.... fût atteint d'aliénation mentale.

Le gendarme Naudé, interpellé en vertu du pouvoir discrétionnaire de M. le président, déclare qu'il a connu Joachim T... depuis son enfance jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Il était le plastron de tous ses camarades à cause de sa niaiserie et de sa crédulité. Si, déjà presque adulte, il refusait de faire une partie avec eux, son seul argument était: Papa l'a défendu. Plus un conte était absurde, plus il était disposé à le croire. Il était surtout facile de lui persuader que les femmes du rang le plus élevé l'avaient remarqué, et de lui faire passer des journées entières en embuscade pour attendre leur passage et obtenir d'elles un regard.

M. le substitut du procureur général soutient l'accusation; il combat par avance l'allégation de folie, qui sera mise en avant par le défenseur. L'accusé, dit-il, n'était point aliéné avant l'acte, tous les témoignages entendus en font foi; il ne l'est point aujourd'hui, ainsi que le jury en peut juger par la justesse de ses réponses; enfin il ne l'était point au moment de l'acte, *car il a conservé un souvenir parfaitement exact des circonstances au milieu desquelles il l'a commis.*

Cette erreur de M. le substitut est relevée avec vivacité par le défenseur; il cite plusieurs accusés (sur l'état mental desquels on ne saurait élever le plus léger doute, puisqu'ils sont encore séquestrés à l'hôpital des aliénés) qui étonnèrent leurs juges et l'auditoire par la précision avec laquelle ils rapportèrent eux-mêmes les détails les plus minutieux des faits pour lesquels ils étaient traduits devant le jury. Il s'étonne de l'importance qu'on attribue au témoignage négatif de quelques femmes du peuple, quand des magistrats éclairés ont eux-mêmes des notions si inexactes sur les caractères de l'aliénation mentale. Enfin il s'attache à prouver que l'acte incriminé, tel qu'il est exposé par la plaignante, ne constitue point l'attentat avec violence défini par la loi.

Malgré ses efforts, Joachim T... est condamné à quinze mois de prison et aux dépens.

Cette affaire est simple et paraît, au premier coup d'œil, dénuée d'intérêt; cependant elle soulève des questions d'une haute importance, qu'on nous pardonnera sans doute d'approfondir quelque peu.

Et d'abord peut-on admettre qu'il soit au-dessous de la dignité des tribunaux de juger un fou? Nous ne le pensons pas. La dignité des tribunaux consiste à rendre à tous prompte, égale et bonne justice; et, si devant eux, il pouvait exister quelques privilège, ce privilège appartiendrait au malheur. Quand les juges instructeurs ont acquis la conviction qu'un prévenu, au temps de l'acte incriminé, se trouvait dans un état incontestable d'aliénation mentale, ils ne le traduisent point devant le jury. Mais c'est qu'alors il n'existe ni crime, ni délit, dont le jury ait à connaître. La position du prévenu est la même que s'il était reconnu que le crime qui lui était imputé a été commis par un autre que lui. Il est renvoyé de la plainte, relevé de l'accusation portée contre lui, et replacé dans les conditions où il se trouvait avant l'acte. Le magistrat peut, il est vrai, ordonner son placement dans une maison d'aliénés,

mais c'est encore là un bienfait, car c'est l'espoir de la guérison.

Il n'en est pas de même, quand l'origine de la folie ne remonte pas, d'une manière certaine, au temps même de l'acte, ou quand il est avéré qu'elle ne s'est développée que postérieurement à cette époque. Dans le premier cas, il existe une question préjudicielle, dont la solution appartient au jury, car elle doit reposer en grande partie sur l'appréciation des faits qui seront révélés, et des témoignages qui seront entendus; l'opinion exprimée par le médecin ne peut être qu'un des éléments de la conviction du juge; le médecin est un guide et non un arbitre, il expose sa manière de voir et ne l'impose pas, il fait ressortir des circonstances qui échapperaient à des yeux moins exercés que les siens, il dirige l'esprit des jurés dans une analyse dont l'étude et la réflexion ont amoindri pour lui les difficultés, mais il perd tout crédit du moment où l'on ne peut plus le suivre dans cette analyse, soit qu'il affirme sans prouver, soit qu'il ne sache pas rendre ses preuves intelligibles. Si cette épreuve solennelle est refusée à l'accusé atteint d'une folie dont l'origine n'est pas rapportée à une époque certaine, il reste sous le coup d'une prévention que les débats judiciaires auraient pu détruire; il subit toutes les conséquences que cette prévention ne saurait manquer d'exercer sur sa santé morale, sur sa réputation, sur sa fortune. Dira-t-on que sa santé n'est point intéressée dans la question; que, fût-il absous, il n'en serait pas moins séquestré, ou que sa maladie mentale lui ôte le sentiment de sa position? Mais sa folie peut appartenir au petit nombre de celles que la séquestration aggrave, il n'est pas indifférent d'ailleurs d'être placé dans une prison ou dans une maison d'aliénés, d'être soumis au traitement d'un médecin ou à celui d'un autre, d'avoir la certitude d'un avenir, même fâcheux, ou de passer sans relâche et sans fin des élans de l'espérance aux angoisses de la terreur; car les aliénés ne sont pas ce que trop de gens, éclairés du reste, s'obstinent encore à penser; tous ne sont pas des tigres ou des êtres purement végétatifs, il y a en eux autre chose que la fureur ou la stupidité. La plupart d'entre eux sentent, réfléchissent, se souviennent et prévoient ainsi que les autres hommes, et souvent ils sentent avec plus d'énergie, réfléchissent avec plus de fixité, se souviennent avec plus d'amertume, et prévoient avec plus d'imagination que les autres hommes; et c'est dans de telles circonstances qu'il dépendrait du médecin de prolonger indéfiniment, par un simple certificat, une détention préventive dont tout le monde reconnaît en principe que la durée ne saurait être trop abrégée! Mais on se plaint amèrement de l'omniscience médicale, quand elle tranche hardiment les questions de folie; il faudrait donc, pour être conséquent, ne pas la mettre dans la nécessité de les trancher toute seule, et ne pas se réfugier derrière elle en lui jetant, dans la poussière du greffe, une responsabilité qui ne l'effraie point, il est vrai, mais qu'elle ne doit prendre qu'au grand jour.

La conclusion de ce qui précède est facile à tirer; une réserve que nos lecteurs approuveront sans doute nous empêche de l'exprimer ici: notre tâche est d'éclairer nos confrères sur les difficultés de notre position, et non de dicter à la justice la marche qu'elle doit adopter.

Après tout ce qu'on a écrit sur les aliénés depuis quarante ans, je n'aurais pas cru qu'il fût nécessaire de revenir encore sur ce fait si connu que *les aliénés se rappellent, soit pendant l'accès, soit après, ce qu'ils ont fait avant son explosion et pendant sa durée.* Et non seulement ils se souviennent des circonstances matérielles, mais encore ils développent les motifs insensés qui les ont fait agir; ils expliquent la liaison, inappréciable pour tout autre que pour eux, qui existe entre leurs sensations et leurs actes. Il y a plus, c'est qu'il n'est pas rare de trouver leur intelligence moins active, leur mémoire moins fidèle dans l'intervalle lucide que dans l'accès. Dans l'hôpital que je dirige, existe une ancienne religieuse, Agnès M..., affectée depuis quatorze ans de manie périodique. Chaque fois que, dans la période de raison et de calme, je lui ai demandé des renseignements sur le début de sa maladie, sur le caractère de ses premiers accès, sur le traitement auquel elle a été soumise, elle m'a répondu que sa tête était fatiguée, son intelligence affaissée, qu'il lui fallait faire un effort pour se souvenir; et elle m'a prié de remettre mon interrogatoire jusqu'au prochain accès. J'ai insisté et j'ai obtenu, non sans peine, des aveux assez précis; mais chaque fois que, dans la période d'agitation, j'ai répété mes questions, les réponses ont été nettes, promptes, faciles, les détails nombreux; jamais la malade n'a varié sur les circonstances importantes de son histoire, dont j'ai pu d'ailleurs vérifier l'exactitude. Je me bornerai à cet exemple: les livres fourmillent d'observations analogues.

Je ne dirai qu'un mot d'une troisième question soulevée par le procès de Joachim T.... La loi punit, non le simple attentat à la pudeur, commis sur une personne majeure, mais l'attentat consommé ou tenté avec violence. Le juge peut sans doute admettre le fait de violence d'après les dépositions des témoins. Mais le médecin légiste ne doit pas perdre de vue que pour lui, il n'y a d'autres preuves de la violence *que les traces matérielles qu'elle laisse, et qui ne peuvent être attribuées qu'à elle.* Peut-être y aurait-il une exception à faire pour le cas où une femme serait surprise dans le sommeil, dans un évanouissement, etc. Mais cette question est complexe et ne saurait être convenablement traitée

d'une manière incidente ; peut-être aussi l'appréciation en est-elle plutôt morale que médicale.

CHAMBEYRON, D. M. P.

IV. De la fracture du péroné avec luxation consécutive du pied, arrachement de la malléole tibiale et saillie des os à travers les téguments déchirés. — Réflexions sur l'amputation et la conservation du membre envisagée comme moyen de guérison.

Deux accidents de la même nature s'étant présentés à moi dans le même laps de temps, ayant été traités diversement et ayant eu chacun une terminaison différente, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de publier ces faits, car bien qu'ils n'aient pour eux ni le mérite de la rareté, ni l'attrait de la nouveauté, ils n'en doivent pas moins pour cela intéresser les hommes de l'art, précisément parce qu'ils ont été originairement identiques, et que, par l'effet du traitement, la mort est survenue chez l'un de ces malades, tandis que la guérison s'est effectuée chez l'autre.

OBS. I. — Thibaut Jean-Louis, âgé de soixante-quatre ans, homme d'une taille moyenne, d'une bonne santé, conduisait une voiture sur la route de Noyon à Paris, dans la nuit du 31 janvier au 1er février 1840, et la voiture sur laquelle il était placé fut accrochée par une autre qui venait sur lui. Il sauta précipitamment à bas de sa voiture, et immédiatement il s'aperçut qu'il était blessé à la jambe, soit que l'accident fût arrivé par l'effet de la chute, le poids du corps portant à faux sur le pied, soit qu'une roue de voiture lui eût passé sur la partie inférieure de la jambe. Après être resté un moment à terre, il se releva, et en marchant sur sa jambe blessée il put, en se soutenant tant bien que mal, arriver aux maisons du voisinage de la route, c'est-à-dire qu'il fit ainsi environ cinquante ou soixante pas. On transporta cet homme à l'Hôtel-Dieu de Noyon dans la nuit même, et je fus appelé immédiatement, c'est-à-dire quelques heures après l'accident. Le pied gauche était luxé et placé en dehors de la jambe, le tibia faisait saillie de deux à trois pouces à travers la peau déchirée, en dedans du membre ; la malléole interne avait été arrachée, et le cartilage articulaire du tibia, quoique rayé dans plusieurs endroits, notamment sur sa circonférence, était pourtant peu altéré (le malade s'était appuyé sur lui en marchant, après l'accident, ainsi que je l'ai mentionné plus haut); le péroné était nécessairement fracturé à son extrémité inférieure, c'est-à-dire à environ deux pouces au-dessus de l'articulation. Dans le tissu cellulaire sous cutané de la jambe, je remarquai, en deux endroits très-distincts, placés l'un à trois ou quatre pouces de la plaie, et l'autre en haut et en dehors de la jambe, au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, de la crépitation cellulaire provenant d'un état emphysémateux qui occupait un espace circonscrit de un à un pouce et demi environ de diamètre, à chacun des deux endroits ou l'emphysème existait. Le désordre qui existait me parut être de nature à exiger l'amputation immédiate de la jambe, mais comme le malade souffrait beaucoup de la position vicieuse du pied, je voulus tout d'abord lui éviter ces souffrances; c'est pourquoi j'incisai sur le tibia, dans l'étendue d'un pouce, la peau de la jambe qui s'opposait à ce que je fisse facilement cette réduction, après quoi la réduction s'opéra sans difficulté. J'exposai alors au malade toute la gravité de son accident, et je lui proposai l'amputation à laquelle il se refusa; j'attendis quelques instants pour voir s'il ne se déterminerait pas, et quand je fus bien assuré qu'il était opiniâtrément résolu à ne point se laisser couper la jambe, je me décidai à le panser, tout en le prévenant des dangers qu'il allait courir, des souffrances et de la mort qui en seraient sans aucun doute l'accompagnement et la suite. J'appliquai donc l'appareil ordinaire des fractures de la jambe avec le bandage de Scultet, après avoir rapproché, comme je le pus, et maintenu, au moyen des bandelettes de sparadrap de diachylon les bords de la plaie qui existait au niveau de l'articulation tibio-tarsienne; et le malade fut saigné du bras après que le refroidissement du corps, produit tant par l'action de l'air atmosphérique qui était alors à 7 ou 8 degrés — 0 du thermomètre de Réaumur, que par le fait même des premières douleurs, eut disparu, et fut remplacé par le retour de la chaleur à la périphérie du corps. Des affusions tièdes furent faites sur la jambe par le moyen d'un seau rempli d'eau chaude suspendu au pied du lit et percé à son fond d'un trou qui donnait issue à un jet d'eau fin et continu.

L'appareil ne fut levé que le surlendemain, 2 février, c'est-à-dire environ trente-six heures après l'accident; déjà la peau qui formait les bords de la plaie commençait à se gangréner, et en soulevant ces portions sphacélées on découvrait à nu le tendon du muscle jambier postérieur dont la gaîne avait sûrement été déchirée par l'effet qui avait produit cette fracture compliquée; toute la jambe était gonflée et douloureuse; la figure était profondément altérée, la fièvre ardente et continuelle, et il existait de l'assoupissement avec un délire tranquille et fugace. Cet état fâcheux continua en s'accroissant pendant plusieurs jours; la gangrène faisait des progrès rapides, et elle s'étendait de proche en proche en envahissant d'abord les parties les plus rapprochées de la plaie pour gagner ensuite en hauteur et en profondeur. Le malade demanda alors l'amputation à laquelle il s'était, dans les premiers temps de sa maladie, si opiniâtrément refusé, et je n'osai pas la pratiquer au milieu de tissus enflammés que la gangrène, qui au reste n'était pas encore bornée, pouvait envahir même après l'opération; les accidents généraux étaient d'ailleurs tellement graves qu'ils ne pouvaient qu'éloigner de moi l'idée de l'amputation. J'attendis donc une rémission, et ce ne fut qu'au bout de huit jours que, cette rémission de la fièvre et des autres accidents généraux ayant eu lieu, la gangrène me paraissant d'ailleurs limitée sur la peau, par la ligne de démarcation qui lui est propre, vers l'union des deux tiers inférieurs de la jambe avec le tiers supérieur, je me décidai enfin à l'opération. L'amputation fut pratiquée un peu plus haut que le lieu d'élection, bien au-dessus des limites apparentes de la gangrène, et cependant je tombai sur un foyer de tissu cellulaire gangrené, mais heureusement sous-cutané, et au-dessus duquel je pus faire la section des chairs, dans des parties saines, après avoir disséqué la peau dans une étendue suffisante.

Les premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent assez bien; mais le quatrième, à la levée de l'appareil, je trouvai toute la peau du côté externe du moignon sphacelée, et un foyer purulent recouvert de peau enflammée existait à la cuisse, au-dessus et en dehors du genou; je l'ouvris immédiatement dans toute son étendue, qui était d'en-

viron quatre pouces, et je trouvai ce foyer rempli de pus séreux mal lié et de lambeaux de tissu cellulaire gangrené. Deux jours après cette ouverture qui pourtant donnait largement issue au pus, je me crus obligé d'inciser l'angle supérieur de la plaie, et de prolonger mon incision dans la direction du grand axe du membre jusque vers le milieu de la partie externe de la cuisse pour fournir un libre écoulement au pus d'un nouveau foyer gangréneux et sous-cutané qui s'était formé en s'étendant au-dessus du premier. Mais bientôt la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané s'étendit jusqu'à la hauteur du grand trochanter, au niveau duquel il se déclara encore un nouveau foyer, et cette fois je craignis de prolonger jusque-là mon incision, c'est pourquoi je me contentai de pratiquer une contre-ouverture au-dessus et en arrière de cette saillie osseuse, après quoi je passai une mèche à séton dans le trajet de l'abcès.

Quelques journées de mieux-être qui suivirent ces incisions, et que j'attribuais tant à l'évacuation du pus gangréneux qu'à l'usage du vin, des préparations de quinquina et du bouillon gras auxquels j'avais mis le malade, me donnèrent un instant l'espoir de le sauver; mais malheureusement cet espoir ne devait pas durer long-temps; la fièvre qui était rémittente, qui avait baissé et même cessé complétement pendant deux ou trois jours, se reproduisit bientôt; elle devint continue, s'accompagna d'un délire sourd et fugace comme celui des premiers jours de l'accident, de sécheresse à la peau et de rougeur à la langue, qui devint sèche, racornie et luisante comme dans les maladies inflammatoires qui passent à l'état adynamique; la diarrhée se déclara, il survint aussi de la toux, et en un mot les trois grandes cavités du corps furent prises. La suppuration du moignon et de la cuisse devint très-abondante, les bords des plaies de la cuisse se sphacélèrent, et malgré que la gangrène y eût été bientôt assez étroitement limitée, et que les plaies du moignon et de la cuisse eussent fini par prendre un bon aspect, cet homme n'en a pas moins pour cela succombé le 26 février, dix-huit jours après l'amputation et vingt-sept jours après l'accident. La mort chez cet homme m'a paru devoir être attribuée bien moins à l'affection gangréneuse primitive qu'à l'abondance excessive de la suppuration, à l'épuisement et à la fièvre hectique qui en ont été la suite.

Obs. II. — Dans la matinée du 14 mars 1840, je fus appelé à Catigny pour y visiter, avec M. Caboche, médecin du Frétoy, le sieur Braquet, manouvrier, âgé de trente-six ans, qui s'était luxé et fracturé la jambe droite en tombant la veille, vers deux heures de l'après-midi, du haut d'une échelle appliquée contre un pommier qu'il ébranchait dans les champs. M. Caboche me raconta l'accident en ajoutant qu'il lui avait été impossible d'obtenir la réduction des parties déplacées, et qu'alors, pour éviter tous mouvements et les douleurs qui auraient dû en être nécessairement la suite, il avait appliqué le bandage de Scultet avec l'appareil ordinaire des fractures de jambe. Cet appareil ayant été levé, je reconnus une luxation du pied en arrière et en dedans avec saillie du tibia en avant à travers une déchirure de la peau du coude-pied. Le tibia était dénudé et saillant dans l'étendue d'environ deux ou trois pouces, et les tendons des muscles jambiers antérieurs et extenseurs, des orteils quoique dénudés dans une assez grande étendue, étaient néanmoins intacts; ils étaient placés sous la peau en dehors du tibia; la malléole interne avait été arrachée, le pied était renversé en arrière et un peu en dehors, et le péroné était nécessairement fracturé; cette fracture existait à environ deux pouces au-dessus de la malléole externe. Il y avait eu une hémorrhagie qui s'était arrêtée après l'application de l'appareil et qui provenait sans doute de la déchirure de l'artère tibiale antérieure, car l'écoulement du sang s'étant renouvelé à la levée de l'appareil, je remarquai qu'il sortait en dehors du tibia, dans le trajet de l'espace occupé par cette artère; mais cette hémorrhagie était peu considérable, et elle ne m'inquiéta nullement. Après avoir examiné le désordre et avoir acquis la conviction que l'amputation de la jambe était la chance de guérison la plus certaine, je proposai au malade de subir cette opération immédiatement. C'était aussi l'avis de M. Caboche, mais comme le malade était un pauvre homme, manquant des choses les plus nécessaires, n'ayant ni linge pour les pansements ni argent pour subvenir à ses dépenses, je le fis transporter à l'Hôtel-Dieu de Noyon dans la même journée, et aussitôt qu'il y fut arrivé, vers deux heures de l'après-midi, vingt-quatre heures après l'accident, je lui coupai la jambe au lieu d'élection en présence de MM. Ancelle et Boulougne, qui voulurent bien m'assister.

Au bout de trente-cinq jours, le 19 avril, cet homme était guéri. Sa guérison, qui aurait sans doute eu lieu plus tôt s'il n'était survenu aucun accident, a été retardée par les deux circonstances suivantes : d'abord il s'est formé sur le côté externe du moignon une escarre qui envahit deux pouces de longueur sur environ un pouce de largeur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, et qui heureusement se borna là; ensuite la pourriture d'hôpital qui alors régnait dans les salles, par suite de leur encombrement, se déclara dans la plaie du moignon, au moment où quelques jours de plus auraient suffi pour que la cicatrisation fût complète; de là fièvre et un état saburral de la langue avec anorexie, météorisme du ventre, qui toutefois était indolent, et une teinte ectérique de la peau étant venue compliquer l'existence de la pourriture d'hôpital, j'administrai, à deux reprises différentes, l'émétique en lavage qui eut un plein succès; du reste la plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent; on la pansa avec un digestif composé de stirax, d'huile essentielle de térébenthine, de poudre de quinquina et de cérat, et sous l'influence de cette médication, la plaie reprit un bon aspect, les accidents généraux se dissipèrent et la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

Réflexions. La déchirure de la peau, l'exposition des surfaces articulaires à l'action de l'air et des autres corps extérieurs constituent, sans aucun doute, la complication la plus grave de la fracture du péroné avec luxation du pied. Cependant, lorsque la peau n'a point été largement ouverte, que sa déchirure se borne à l'étendue d'une ou quelques lignes, que la luxation du pied n'est pas complète, que la malléole interne n'est pas arrachée, que l'articulation tibio-tarsienne n'est point largement ouverte, qu'en un mot les désordres intérieurs et extérieurs ne sont point très étendus, et qu'enfin l'air ne peut point avoir un libre accès dans l'intérieur du membre, les malades guérissent alors ordinairement par le traitement pur et simple de la fracture du péroné, c'est-à-dire par l'application d'un appareil qui maintient la fracture et la luxation réduite. Mais si l'articulation

tibio-tarsienne a été largement ouverte, si la peau a été déchirée dans une étendue assez considérable pour que le tibia et même le péroné sortent de plusieurs pouces à travers cette ouverture et que le pied soit renversé en dehors, en dedans ou en arrière du membre, quelles que soient d'ailleurs la cause de l'accident et les autres complications qui peuvent l'accompagner, je crois que le devoir du chirurgien est, en thèse générale, de proposer au malade l'*amputation immédiate* de la jambe, parce que c'est là en effet le moyen de guérison le plus certain. Je n'ignore pas qu'alors en suivant ce précepte on ne doive couper quelques jambes qui auraient pu être conservées, mais aussi j'ai la conviction qu'on *sauvera plus de malades par l'amputation qu'on ne conservera de jambes en suivant la conduite opposée.* Au reste cette opinion n'est pas autre que celle de Dupuytren, qui avait l'habitude de formuler à peu près en ces termes le résultat de sa nombreuse et longue expérience. C'était aussi l'opinion de la plupart des chirurgiens nos devanciers, et à cet égard je crois devoir rappeler le conseil donné à Jean-Louis Petit, par un chirurgien-major qu'il avait appelé en consultation le troisième jour après l'accident, pour une luxation du pied en dedans, avec déchirure de la peau sans rupture de la malléole (et sans doute avec fracture du péroné); Jean Louis Petit avait incisé la peau pour réduire, et il avait si bien opéré cette réduction et pansé le malade, que tous les assistants, dit il, l'avaient accablé de louanges. « Je n'avais alors que seize ans, dit cet il- « lustre chirurgien, ma jeunesse me fit recevoir ces éloges avec plaisir; je ne prévoyais point quelle devait être l'issue de « mon opération; mon malade fut à merveille « les deux premiers jours; au troisième, il « eut des inquiétudes, la fièvre s'alluma, et « il sentit de très vives douleurs; je trouvai « le pied enflammé et tendu jusqu'au-dessus « des malléoles, je le pansai à l'ordinaire, je « fis une sixième saignée et j'ordonnai un « cataplasme émollient. J'appelai en consul- « tation le chirurgien-major de notre hôpital, « il approuva les saignées et le cataplasme, « mais il prononça un arrêt terrible pour le « malade, pour la famille et pour mon amour- « propre. « Il faut, dit il, *saigner encore le « malade et préparer l'appareil pour lui cou- « per la jambe demain matin si les choses ne « sont pas mieux.* » J'eusse souhaité, autant « pour moi que pour le malade, qu'il n'eût pas « été si laconique ni si prompt à se décider; « mais les hommes en place ne se prêtent « pas toujours à certaines considérations: « nous sortîmes ensemble, et il me dit que « si pareilles blessures me tombaient entre « les mains, il fallait couper la jambe et ne « point attendre que les symptômes m'y obli- « geassent; je lui en demandai la raison, il « se contenta d'ajouter *qu'il n'avait jamais « sauvé de pareils malades qu'en faisant l'am- « putation, mais qu'elle ne réussissait que « quand on la faisait sur-le-champ.* Le lende- « main, le pied du malade fut presque gan- « grené, je fis l'amputation, et le malade « mourut cinq ou six jours après (1). »

La fracture du péroné avec luxation du pied, ouverture de la capsule articulaire et saillie des os à travers une déchirure des téguments est donc un des accidents les plus graves que l'on puisse rencontrer, et je partage à son égard l'opinion des chirurgiens qui conseillent alors l'amputation immédiate. Je crois devoir ajouter ici que ce qui constitue le danger dans ces sortes d'accidents, c'est bien moins l'étendue du désordre intérieur que celle de la déchirure des téguments, et l'introduction consécutive de l'air dans l'intérieur du membre, introduction d'où résultent l'inflammation, la suppuration, l'altération du pus, etc., etc.

Je sais bien qu'on cite maintenant un assez grand nombre de fractures du péroné compliquées de luxation du pied et de saillie des os à travers la peau déchirée, traitées avec plus ou moins de succès sans amputation; mais on ne parle pas des revers, et si l'on pouvait savoir au juste dans quelles proportions se trouvent alors les guérisons et les morts, il n'y a pas un chirurgien qui ne serait effrayé des sacrifices de vies qu'il faut faire pour arriver à la conservation de quelques jambes, sans compter que, souvent encore ces jambes restent très long-temps malades, douloureuses, quelquefois difformes, inutiles ou gênantes, sans compter aussi que des accidents produits, soit par la gangrène, soit par une suppuration abondante, soit par des caries ou des nécroses, etc., viennent souvent forcer le chirurgien à faire plus tard et dans des circonstances défavorables (ainsi que cela a eu lieu chez le sujet de la première observation de cette notice), une amputation qui, pratiquée plus tôt, outre qu'elle aurait eu beaucoup plus de chances de succès, aurait encore évité au malade bien des douleurs à souffrir et des dangers à courir en pure perte.

Astley Cooper a rassemblé dans son ouvrage (*A Treatise on dislocations and on fractures of the joints*) vingt-huit observations de *luxations compliquées du coude-pied* (ces luxations compliquées ne sont pas autre chose que nos fractures du péroné avec luxation consécutive du pied), traitées avec succès sans amputation. Dans dix-neuf des cas cités par Astley Cooper, la réduction a été pure et simple, tandis que dans les neuf autres on a pratiqué la résection des parties saillantes des os. Mais Astley Cooper, qui n'a cité que des succès et qui, pour arriver à un nombre de faits aussi imposant, a emprunté des observations à *vingt-cinq chirurgiens anglais*, ne nous a point dit dans quelles proportions se trouvaient les insuccès, et c'est pourtant là

(1) *Traité des maladies chirurgicales* de J.-L. Petit, t. 3, Paris, 1774, p. 133 et 134.

que gît toute la question. Un seul des chirurgiens auxquels Astley Cooper s'est adressé a cité des chiffres, c'est le docteur Fletcher de Gloucester; il parle de six cas de luxations compliquées du pied, dont quatre ont été traités par l'amputation immédiate. Des deux autres dans lesquels on tenta la conservation du membre, l'un des sujets finit par guérir, on ne sait en combien de temps, et encore ne fut-ce qu'après avoir eu à courir les dangers de deux hémorrhagies et d'une suppuration si étendue dans le membre et si abondante, qu'elle avait réduit le malade à toute extrémité, malgré que ce fût, ainsi que le dit positivement le docteur Fletcher, une robuste campagnarde, (*a very healthy country girl*). Quant à l'autre malade, on fut obligé de se décider à l'amputation après sept mois de dangers et de souffrances, c'est-à-dire de tentatives infructueuses pour la conservation du membre.

J'aurais voulu pouvoir établir, d'après les vingt-huit observations citées par Astley Cooper, quelle avait été la durée moyenne du traitement; mais cela m'a été impossible, les faits qui ont servi à l'illustre chirurgien anglais étant pour la plupart tellement incomplets sous ce rapport, que je n'ai pu fixer aucun chiffre même approximatif sur le temps nécessaire à la guérison. La lecture attentive des vingt-huit observations citées par Astley Cooper ne m'a prouvé qu'une chose, c'est que si la doctrine de la conservation du membre dans les cas de fractures du péroné, compliquées de luxation du pied et de saillie des os à travers les téguments déchirées (doctrine établie en thèse générale par Astley Cooper), n'était pas un paradoxe, cet habile chirurgien, qui exerce son art dans la ville la plus populeuse et la plus fréquentée du monde, et qui n'a pas moins de quarante ans d'expérience, n'aurait pas été obligé d'emprunter des faits à vingt cinq chirurgiens pour l'étayer. Quel que soit le respect que m'inspire l'opinion d'un homme aussi éminent et aussi consciencieux qu'Astley Cooper, je ne puis m'empêcher de déclarer qu'il a établi ici une doctrine fausse et dangereuse; car, selon moi, dans les circonstances précédemment indiquées, l'amputation de la jambe doit être la règle générale, et les tentatives de conservation doivent être l'exception. Certes je n'oserais jamais formuler mon opinion avec autant de netteté et de précision, si je n'avais devers moi que ma seule et chétive expérience, car ce n'est pas avec deux faits qu'on peut attaquer une doctrine, mais pourtant ces deux faits ont été bien observés, et ils doivent prouver quelque chose en faveur de l'amputation immédiate. Au surplus, qu'on veuille bien se rappeler, ainsi que je l'ai dit plus haut, que cette doctrine était celle des chirurgiens nos ancêtres, qui n'étaient ni aussi cruels, ni aussi barbares qu'on a bien voulu le dire, et que le répètent encore les gobe-mouches de l'art, habitués à croire aveuglément et à *jurer sur la parole du maître*. Je suis tellement convaincu de la supériorité de l'amputation sur la conservation du membre dans les fractures du péroné, compliquées de luxation du pied et de saillie des os à travers les tégumens, que je ne craindrais point de faire un appel à l'expérience des chirurgiens contemporains, avec la pensée et la presque certitude que leur opinion devrait confirmer la mienne.

Je ne veux point terminer cette notice sans fixer un moment l'attention du lecteur sur la gangrène qui s'est déclarée dans le moignon de mes deux opérés, malgré que l'amputation ait été pratiquée à environ un pied de distance du lieu où existaient les désordres de la maladie. Chez Thibaut, l'amputation ayant été pratiquée pour remédier à la gangrène du membre et un foyer gangréneux existant déjà d'ailleurs sous la peau du moignon au moment de l'amputation, il n'y a rien de surprenant que la gangrène se soit propagée au reste du membre; mais chez Braquet, où l'amputation a été pratiquée au bout de vingt-quatre heures, l'apparition de la gangrène dans le moignon m'a surpris davantage, car j'étais très sûr d'avoir amputé ce malade dans des parties parfaitement saines, et il n'est pas même possible d'admettre que la portion de peau et de tissu cellulaire sous cutané qui s'est gangrenée avait été contuse, car il n'existait là aucune trace de contusion. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la cause de cette gangrène, qu'on la regarde comme le résultat d'une violente commotion, d'un ébranlement nerveux, d'une sorte d'irradiation de l'atmosphère contusive qui se sera étendue de proche en proche et assez loin dans les environs du mal, il ne résulte pas moins de ce fait que le chirurgien devra toujours amputer aussi loin que possible du siége du désordre. C'est là une règle de pratique fort importante que l'on n'enfreindra pas impunément, et M. Velpeau a blâmé avec raison Lassus, pour avoir donné le conseil d'amputer au niveau du désordre.

L'emphysème, qui a été bien observé par M. Velpeau, est un autre phénomème auquel on a jusqu'ici accordé trop peu d'attention. Il doit se déclarer dès les premiers instants de la blessure, et même bien avant tout phénomène d'inflammation, car je l'ai remarqué sur Thibaut deux ou trois heures après l'accident. Il avait quelques pouces d'étendue et il occupait le tissu cellulaire sous-cutané dans deux endroits différents et isolés; l'un était situé à un pouce et demi ou deux pouces de la plaie, et l'autre à environ un pied de distance de cette plaie; Il est difficile de s'expliquer l'origine et la cause de cet accident dont l'apparition a lieu presque subitement. Résulte-t-il d'une violente attrition du tissu cellulaire sous-cutané produit par un choc qui aurait agi en décollant et en respectant la peau (car la peau était intacte aux endroits occupés par l'emphysème), et alors ne serait-

il pas le produit de la décomposition gazeuse du tissu cellulaire détruit? ou bien l'emphysème n'est-il alors que l'effet de l'air extérieur qui aurait pénétré par la plaie, favorisé dans cette introduction par les mouvements de la partie inférieure du membre, du pied par exemple, qui, en s'élevant et s'abaissant alternativement, peut ouvrir ou fermer la plaie et produire ainsi l'office d'un soufflet? Mais s'il en était ainsi, en admettant cette dernière hypothèse, l'emphysème ne serait pas circonscrit par places isolées, éloignées l'une de l'autre, et n'ayant entre elles aucune communication apparente; ce seraient d'abord les environs de la plaie qui offriraient l'aspect emphysémateux, et l'emphysème s'étendrait de proche en proche sans interruption, plus ou moins loin. S'il fallait donc choisir entre les deux hypothèses pour l'explication de ce phénomène, j'aimerais beaucoup mieux admettre l'attrition du tissu cellulaire sous-cutané, ou de toute autre partie située entre l'aponévrose du membre et la peau avec la décomposition presque instantanée des tissus et la formation de gaz consécutive, parce que cette explication me paraît être en harmonie avec les faits.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, l'emphysème, phénomène peu grave en lui-même s'il existait seul, indique pourtant que le membre atteint a été soumis à l'action d'un choc qui aura agi sur lui avec une grande puissance de force, et cela seul déjà, à part les autres circonstances de l'accident, devra faire regarder la blessure comme grave. Mais je ne crois pas qu'on doive, ainsi que le pense M. Velpeau, le regarder comme étant l'un des accidents qui indiquent le plus formellement l'amputation (1); car, tout bien pesé et examiné, ce qu'il me paraît indiquer positivement, c'est un choc violent et rien de plus; et je ne vois donc véritablement en lui-même aucune source d'indication positive quelle qu'elle soit, car il ne doit être considéré que pour sa valeur, c'est-à-dire comme un épiphénomène. Il y a, en effet, dans les accidents qui commandent l'amputation, des considérations bien plus importantes et bien autres que celle-là, auxquelles le chirurgien doit s'arrêter. Je ne pense donc pas que l'on doive jamais baser une indication d'amputation sur l'existence de l'emphysème de la jambe à la suite de la fracture du péroné, compliquée de luxation du pied ou de toute autre fracture compliquée; et si trois des cinq malades sur lesquels M. Velpeau a observé l'emphysème sont morts, il n'y en a pas moins eu pour cela deux qui ont guéri, d'où il faut conclure que cet accident n'est véritablement qu'un épiphénomène, ainsi que je l'ai dit plus haut, et qu'il ne faut pas lui accorder plus d'importance qu'il n'en mérite.

AL. COLSON.

(1) V. Velpeau, *Médecine opératoire*, 2e édit.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Mémoire et observations sur les rétrécissements organiques du rectum, par MM. A. Bérard et F. Maslieurat-Lagémard.

M. A. Bérard, chargé par la Faculté de médecine de remplacer M. le professeur Cloquet à l'hôpital des cliniques, eut à plusieurs reprises l'occasion de remarquer un fait assez curieux. Il a vu, par un rapprochement singulier et sans y avoir d'abord attaché la moindre importance, se succéder dans le même lit des individus atteints de la même affection; ainsi, dans la même semaine, dans la même salle, ont été couchés trois malades atteints de rétrécissement du rectum. Ces trois cas, quoique présentant certaines analogies, ont offert de grandes dissemblances sous plusieurs points de vue; et pour cette raison M. Bérard, variant les moyens thérapeutiques, a pu faire quelques remarques intéressantes que nous essaierons de consigner dans le cours de cette analyse.

Et d'abord, par rétrécissement du rectum M. Bérard, pour éviter de donner trop d'étendue à sa définition, entend une affection organique, qui porte essentiellement son action sur les parois mêmes de cet intestin, qui ne peut revenir à son état normal qu'après un traitement méthodique, susceptible de faire disparaître l'induration, les brides, les végétations, etc., qui affectent les diverses tuniques qui entrent dans sa composition.

Les auteurs de ce mémoire passent ensuite à l'étude des divers états qui différencient les rétrécissements du rectum, afin d'arriver à la connaissance de la cause qui les afait naître, et des moyens susceptibles d'en opérer la disparition.

Nature et formes.—Le plus souvent ils sont dus, d'après les observations de MM. Bérard et Maslieurat, à une cause inflammatoire qui, apparaissant fréquemment, détermine une irritation permanente dans cette partie de l'économie; l'afflux sanguin qui s'y opère augmente la vitalité, l'induration, l'épaississement des parois de cet intestin. Tantôt l'inflammation commence dans le tissu cellulaire sous-muqueux; tantôt c'est la muqueuse elle-même qui en est le siége primitif.

Le *siége* le plus fréquent des rétrécissements du rectum n'a pas été déterminé par les auteurs mêmes qui ont traité ce sujet, d'une manière bien précise. Les uns le placent au niveau de l'angle sacro-vertébral, d'autres les ont remarqués plus fréquemment à la partie inférieure du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter interne. Les trois malades dont il est mention dans le travail de M. Bérard portaient leur mal à

l'extrémité inférieure. D'après ce chirurgien, ainsi que le lui ont démontré un grand nombre de faits, le siége le plus fréquent des rétrécissements du rectum serait à deux ou trois pouces de l'ouverture anale.

Age et sexe. — Il résulte des observations de MM. Bérard et Maslieurat que le sexe a moins d'influence que ne le pensait Desault, sur la fréquence de la maladie. Ces auteurs trouvent une proportion presque égale chez les hommes et chez les femmes. C'est de trente à quarante-cinq ans qu'en général le mal se montre chez ces dernières, rarement plus tôt ou plus tard; tandis que c'est de cinquante-cinq à soixante-dix ans qu'il apparaît le plus souvent chez les hommes. Remarquons que ces données sont fondées seulement sur quarante-trois observations.

Causes. — Parmi les causes nombreuses qui peuvent donner lieu aux rétrécissements du rectum, les auteurs de ce mémoire placent en première ligne la syphilis. D'après leur statistique nous voyons quatorze rétrécissements développés chez des individus qui étaient sous l'influence d'une affection syphilitique; neuf revêtaient des caractères propres à les faire distinguer.

Symptômes. — Les uns portent leur action sur l'économie tout entière, les autres sont seulement bornés au voisinage de la partie malade; ils varient et accroissent en intensité à mesure que le mal fait des progrès. L'ensemble des symptômes généraux et surtout l'examen du siége de la maladie sont d'une grande importance pour arriver à la connaissance de la nature de l'affection.

On reconnaît, soit à l'aide de bougies, soit par le toucher (ce moyen est le plus sûr), que l'intestin est quelquefois rétréci par des productions de diverses natures et de formes variables, qu'il faut bien se rappeler lorsqu'il s'agit de décider le choix des moyens thérapeutiques qui conviennent dans tel ou tel cas. Tantôt on rencontre dans l'épaisseur des tuniques intestinales des tumeurs plus ou moins considérables, en nombre variable : quelquefois dures, rémittentes, squirreuses, recouvertes encore par la membrane muqueuse; d'autres fois à surface fongueuse, ulcérée, passée à l'état de ramollissement; acquérant, dans quelques cas, un volume assez considérable pour remonter dans l'intestin ou faire saillie au dehors par l'ouverture anale; tantôt de prime abord apparaît le cancer encéphaloïde. La première variété de ce rétrécissement est la plus commune et a été notée quinze fois dans les observations des auteurs de ce mémoire.

Il arrive parfois que les parties ont subi une telle perversion dans la nutrition, qu'elles ont été transformées en phosphate calcaire, comme dans le cas que rapporte Ruysch, au point, ajoute-t-il, qu'il fallut un ciseau et un maillet pour détacher le rectum de la face antérieure du sacrum.

Une autre variété consiste dans l'agglomération d'une foule de tubercules qui occasionnent un rétrécissement et se développent toujours sous l'influence de la syphilis. MM. Bérard et Maslieurat citent à l'appui une observation de rétrécissement tuberculeux du rectum recueillie à l'hôpital des Cliniques, dû à une syphilis constitutionnelle et guéri par un traitement anti-syphilitique.

Diagnostic. — Selon que le rétrécissement aura son siége à l'extrémité inférieure ou supérieure du rectum, le diagnostic sera plus ou moins facile à établir d'une manière positive.

Le diagnostic dans cette affection ne consiste pas seulement à s'assurer de l'existence d'un point rétréci du diamètre intestinal, il faut encore, ainsi que nous l'avons dit, que, par des caractères particuliers on arrive à la connaissance de sa nature, afin de lui opposer un traitement convenable.

Les accidents généraux, la forme de matières excrétées (elles ont une forme rubanée et paraissent être comme passées à la filière), l'exploration avec des bougies à empreinte ou des sondes, et surtout le toucher, s'il y a lieu, sont autant de symptômes précieux pour arriver au diagnostic de la maladie.

Pronostic et terminaison. — L'issue de l'affection est grave en général, cependant elle doit être différente en raison de la nature de la maladie. Lorsque le mal est de nature carcino-mateuse, et à plus forte raison encéphaloïde, la mort survient presque constamment. Le relevé des observations de MM. Bérard et Maslieurat constate six cas de guérisons sur quarante-trois malades affectés de rétrécissement. C'est déjà un progrès à signaler.

Traitement. — Il nous reste, pour terminer cette analyse, à indiquer les moyens mis en usage par MM. Bérard et Maslieurat pour pour obtenir, soit une guérison durable, ce qui a été rare, comme nous l'avons vu, soit au moins pour procurer aux malades quelque soulagement à leurs souffrances.

Les lavements sont, avec un régime convenablement tracé, un des moyens palliatifs les plus puissants. Il faut éviter les excès de tous genres, et surtout les excès vénériens.

Mais les moyens simples que les auteurs indiquent ne suffisent pas pour obtenir une guérison durable de la maladie.

Il leur faut ajouter un traitement méthodique, lorsque toutefois le jugement qu'on a porté sur la nature du mal ne l'a pas fait regarder comme incurable.

De nos jours on a considéré comme pouvant obtenir une résolution complète du mal les quatre moyens suivants : 1° l'ablation de toute la partie malade; 2° son incision; 3° sa cautérisation; 4° on a mis, enfin, au nombre

des moyens curatifs la dilatation, en même temps qu'on exerce une compression plus ou moins forte, plus ou moins prolongée.

Après avoir examiné isolément chacun de ces procédés, et en avoir pesé les avantages et les inconvénients, MM. Bérard et Maslieurat se décident en faveur de la *dilatation* comme étant, de tous les moyens proposés jusqu'à ce jour, celui qui a compté le plus de partisans et le plus de succès dans les rétrécissements organiques du rectum.

La méthode de dilatation qui est à préférer, selon les auteurs de cette brochure, est celle qu'employait Desault au moyen de mèches graduées qu'il portait jusque dans le lieu retréci.

On avait l'avantage, par ce procédé, de mettre en contact avec les parois intestinales un corps élastique, qui se prêtait très bien aux parties malades et qui les dilatait sans trop les fatiguer; on pouvait graduer à volonté le diamètre de la mèche, et surtout elle offrait l'immense avantage de pouvoir être enduite de corps gras médicamenteux, qui sont un si puissant auxiliaire quand l'affection reconnaît une cause spécifique.

Dans ces derniers temps, plusieurs procédés nouveaux ont été proposés pour obtenir une dilatation complète, rapide des rétrécissements du rectum; mais on a voulu employer d'une manière trop exclusive la plupart des instruments créés à cet effet. Nous n'en discuterons pas ici la valeur pratique; nous n'aborderons pas non plus la question d'opération émise par Litrée, lorsque tous les procédés ont été sans résultats; les auteurs de ce travail ont eu seulement pour but d'obtenir une guérison, ou au moins quelques amendements de cette affection, sans tenter une opération chirurgicale qui met trop de chances contre le malade.

Des principaux vices de conformation du bassin, et spécialement du rétrécissement oblique, par le D. Fr.-Ch. Nægelé, conseiller du grand-duc de Bade, et augmenté de notes par A.-C. Danyau, P. à la Faculté de médecine de Paris.

Tel est le titre du traducteur français; celui de l'auteur allemand était celui-ci : *Du rétrécissement oblique du bassin, suivi d'un appendice sur les autres principaux vices de conformation du bassin de la femme considérés en général.* M. Danyau l'a trouvé avec raison beaucoup trop modeste, car ce livre est en réalité une monographie à peu près complète.

L'ouvrage date de sept années, et si M. Danyau ne l'a pas publié plus tôt, malgré ses bonnes intentions, nous y avons gagné qu'il a pu voir de ses propres yeux, en 1835 et en 1838, les riches collections de bassins de Vrolik fils et de Nægelé lui-même et se mettre au courant des nouvelles recherches de l'auteur.

Il y a trente-quatre ans, disait Nægelé en 1837 dans son introduction, qu'il a eu l'occasion de voir les deux premiers cas de l'espèce particulière de viciation du bassin, qui fait le sujet de son livre. Son attention en fut vivement mais passagèrement frappée, et ce ne fut qu'en 1828 que, rencontrant un bassin semblable à ceux qu'il avait vus, il pensa que ce vice de conformation pourrait bien se rattacher à une cause commune, à une loi. Ses recherches, celles de ses élèves et de ses amis, dirigées en ce sens, firent découvrir un si grand nombre de cas analogues, que ce vice de conformation lui parut désormais aussi important à étudier, en obstétrique, que les conformations vicieuses produites souvent par le rachitisme et l'ostéomalaxie. Voici maintenant à quels caractères se reconnaît ce fameux bassin vicié; il a :

1° Ankylose complète de l'une des symphyse sacro-iliaques;

2° Arrêt de développement de la moitié du sacrum, et rétrécissement des trous sacrés antérieurs du côté correspondant à l'ankylose;

3° Du même côté, largeur moins considérable de l'os coxal et de son échancrure ischiatique, et, par conséquent, la portion de la face interne qui, sur le côté bien conforme, constitue la surface auriculaire, ne descend pas aussi bas que dans l'état normal;

4° Le sacrum paraît poussé vers le côté ankylosé; sa face antérieure est aussi plus ou moins tournée de ce côté.

En même temps la symphyse pubienne est tournée du côté opposé, de sorte qu'elle ne correspond plus qu'obliquement à l'angle sacro-vertébral;

5° Du côté où existe l'ankylose, la paroi latérale et la moitié correspondante de la paroi antérieure de l'excavation du bassin sont plus planes que dans l'état normal;

6° L'autre moitié du bassin, celle sur laquelle la symphyse sacro-iliaque existe n'est pas non plus dans un état de bonne et régulière conformation.

De ces dispositions anormales, il résulte selon l'auteur allemand que :

A. Le bassin est rétréci obliquement.

B. La distance qui existe entre le promontoire et la région située au-dessus de l'une ou l'autre cavité cotyloïde (distantia sacrocotyloidea) et celle qui existe entre le sommet du sacrum et l'une ou l'autre épine sciatique, ne sont pas égales des deux côtés; elles sont plus petites du côté où il y a ankylose.

C. La distance qui sépare la tubérosité sciatique du côté ankylosé de l'épine iliaque antérieure et supérieure, celle qui existe entre l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté de l'ankylose, sont plus petites que les mêmes distances du côté opposé.

D. La ligne tirée du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine postérieure et supérieure de l'os iliaque du côté ankylosé est plus longue qu'une autre ligne tirée à l'épine iliaque postérieure et supérieure de l'autre côté.

E. Les parois de l'excavation convergent en quelque sorte obliquement en bas, l'arcade pubienne est plus ou moins rétrécie, et sa forme se rapproche de celle qui est propre au bassin de l'homme.

F. La cavité cotyloïde du côté aplati est tournée plus en avant que dans un bassin bien conformé ; et celle de l'autre côté regarde presque directement en dehors.

En un mot, la déformation de ces sortes de bassins paraît au premier abord le résultat d'une pression exercée sur les os, et par une particularité remarquable, tous ces bassins présentent une ressemblance aussi parfaite que celle qui existe entre deux œufs. A part le vice de conformation, les os sont du reste parfaitement sains et ne présentent rien qui rappelle le rachitisme et l'ostéomalaxie.

Le musée Dupuytren renferme deux bassins, l'un de femme, l'autre d'homme, qui offrent cette espèce particulière de déviation. Le premier, qui porte le numéro 234, ne se compose que du sacrum ankylosé avec l'os iliaque droit, les seules parties qui aient attiré l'attention du préparateur. Le bassin d'homme occupe le numéro 235 et ne se compose parcillement que du sacrum et d'un os iliaque.

Le Musée d'anatomie comparée du jardin du roi à Paris renferme aussi un exemple de bassin oblique à la troisième salle du rez-de-chaussée. Cette pièce, probablement la plus ancienne préparation relative à l'obstétrique, provient (s'il faut en croire l'inscription) du squelette d'une momie égyptienne femelle.

Le docteur Nebel a découvert encore un autre exemple de cette viciation, en 1836, dans le Conservatoire de l'école de médecine de Montpellier.

M. Paul Dubois a écrit à l'auteur qu'il avait aussi observé un bassin semblable, mais il a été tout-à-fait perdu par la négligence de l'interne.

L'auteur allemand croit que le bassin oblique est loin d'être rare; on n'a que peu d'occasions de le reconnaître chez l'homme, et il n'attire même pas toujours l'attention à l'autopsie chez la femme. Cependant, dès que celle de Nægelé a été attirée sur ce point, il en a découvert un nombre considérable d'exemples conservés par hasard dans divers muséums. Il a émis plusieurs hypothèses pour expliquer l'origine de ce mode de formation ; il avoue cependant n'être point encore en mesure d'exprimer une opinion décisive à ce sujet. Quant à l'influence du rétrécissement oblique sur l'accouchement, elle peut aller jusqu'à nécessiter l'opération césarienne. Malheureusement, dans aucun des cas qui sont venus à sa connaissance, ce rétrécissement n'a été reconnu avant l'accouchement, et le diagnostic est d'autant plus difficile que tous les cas de dystocie par cette cause ont été observés sur des femmes jeunes, d'une santé florissante et d'ailleurs bien conformées. Dans tous ces cas bien constatés, la mère et l'enfant ont perdu la vie. L'auteur a toutefois, dans un zèle louable, essayé de donner divers procédés pour arriver à un diagnostic aussi important. Mais il est loin lui-même de les regarder comme infaillibles; il les propose seulement à l'expérimentation.

Ici finit ce que Nægelé avait à dire sur le bassin oblique. Une cinquantaine de pages sont ensuite consacrées à l examen des autres principaux vices de conformation du bassin de la femme. Il donne d'abord la description du bassin rachitique le plus rétréci qu'on ait fait connaître. Dans quelques remarques préliminaires il s'élève avec force contre les erreurs consacrées dans des aphorismes par de grands noms, tels que ceux de Levret, Stein aîné et Neveu, etc. Il étudie ensuite tour à tour les caractères différentiels des bassins rachitiques, le bassin simplement étroit qui peut avoir d'assez petites dimensions, selon lui, pour rendre tout-à-fait impossible la terminaison de l'accouchement, ou qui est du moins une cause fréquente de dystocie d'autant plus importante à étudier que le diagnostic en est bien plus difficile que celui des bassins rétrécis par le rachitisme, l'ostéomalaxie et le développement d'une exostose. Le reste de l'ouvrage, comprenant environ une centaine de pages, renferme les notes du traducteur. M. Danyau était d'autant plus à même de vérifier les remarques de Nægelé et de les compléter, qu'il était chargé de l'un des services chirurgicaux de l'hôpital de L'Ourcine, où il avait tous les jours à pratiquer l'application du spéculum. Plus de huit cents mesures qu'il a prises l'ont conduit dans la première note à cette conclusion que les moyens de diagnostic proposés par l'auteur allemand pour le bassin oblique conduiront certainement au but qu'on se propose, et qu'à leur aide on pourra toujours constater l'absence ou reconnaître la présence de ce vice de conformation.

La note troisième offre deux observations intéressantes de cas d'exostoses du bassin, qui ont rendu impossible la terminaison de l'accouchement. Dans la quatrième, il étudie les rétrécissements des bassins par obstruction, et les rapporte aux quatre catégories suivantes. 1° corps étrangers ou productions nouvelles remplissant l'un des canaux ou réservoirs situés dans l'excavation du bassin; 2° altérations de l'utérus, des parois du vagin, etc.; 3° déplacement d'un viscère, de la vessie par exemple; 4° tumeurs des ovaires engagées dans la cloison recto-vaginale, kystes accidentels, sarcomes, squirres, etc., développés dans le tissu cellulaire.

Dans la cinquième enfin, il fait justice de

quelques exagérations sur l'influence des inclinaisons vicieuses du bassin.

Tel est l'ensemble de cet ouvrage qui mérite de fixer l'attention des accoucheurs par la nouveauté et l'importance des détails et par le luxe d'érudition toute germanique qu'il partage avec les autres productions d'outre-Rhin.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

Deuxième mémoire sur le mal vertébral, par M. Nichet.

Dans un premier travail sur le mal vertébral, publié il y a cinq ans, l'auteur s'attachait à démontrer que cette affection était due, non pas à la carie, comme on le croit généralement, mais bien, dans la plupart des cas, à la matière tuberculeuse déposée sous diverses formes, soit dans l'épaisseur des vertèbres, soit dans leur voisinage. Depuis cette publication, les idées qui y étaient émises furent adoptées par quelques médecins, entre autres, par M. Nélaton dans ses recherches *sur l'affection tuberculeuse des os*. Ce dernier aussi a fait jouer à l'infiltration tuberculeuse le plus grand rôle dans le mal de Pott. Mais, suivant M. Nichet, il va trop loin lorsqu'il avance que l'usure mécanique s'exerce seulement sur les vertèbres privées de vie par la matière tuberculeuse infiltrée; car dans le cours de ses observations, l'auteur a souvent vu des vertèbres pleines de vie, jouissant de leur constitution normale, exemptes par conséquent d'infiltration tuberculeuse, et cependant usées par le frottement.

Ce qui va particulièrement occuper aujourd'hui M. Nichet, ce sont les altérations des fibro-cartilages intervertébraux; les autres lésions du rachis ne sont étudiées que dans leurs rapports avec ce sujet principal. On voit d'abord en tête, quelques considérations anatomiques, assez généralement connues, et dont nous n'extrairons que le passage suivant qui a un peu plus de portée.

En insufflant chez l'enfant la matière pulpeuse des cartilages vertébraux, on y développe une cavité cellulaire irrégulière que M. le professeur Cruveilhier regarde comme le rudiment de la synoviale très développé que l'on trouve dans l'articulation des corps des vertèbres chez les poissons. La pathologie tend aussi à confirmer cette manière de voir; car cette matière pulpeuse est très disposée, comme toutes les synoviales, à ressentir les influences des agents morbifiques, et elle est souvent la première détruite dans les maladies des disques intervertébraux.

Dans l'enfance et dans la jeunesse, le tissu cartilagineux prédomine dans les fibro-cartilages intervertébraux; c'est ce qu'il importe d'établir en commençant, puisque nous trouverons l'analogie la plus étroite entre les maladies des disques intervertébraux et celles des cartilages diarthrodiaux.

Le travail de M. Nichet consiste en un long mémoire, ou plutôt en cinq mémoires qui ne renferment pas moins de 23 observations très détaillées, et accompagnées de réflexions plus détaillées encore. Nous ne citerons que les titres de quelques-unes de ses observations avec les principales considérations qui en ressortent.

Dans la première, l'autopsie (car ici l'autopsie est le maître partout) offre, chez une fille de neuf ans, deux cartilages complétement détruits, deux autres privés de leur partie centrale gélatiniforme; vaste abcès dans toute la hauteur du rachis; point de tubercules. M. Nichet pense que la partie centrale des cartilages intervertébraux a été la première attaquée, que de là l'affection s'est portée à la partie solide du cartilage, et en aura opéré la destruction, et enfin que chacun des cartilages en se détruisant sera devenu un foyer d'irritation, principe du vaste abcès qui avait soulevé le ligament vertébral.

Dans la deuxième, un enfant de douze ans présenta deux vertèbres en grande partie détruites avec leurs cartilages; toutes les autres vertèbres cariées, un cartilage détaché et excavé à son centre; mais point de tubercules. Deux corps vertébraux détruits avec leurs cartilages au bas de la région dorsale auraient pu faire penser que la carie avait précédé la lésion des cartilages; mais au haut de cette région, un cartilage était presque détruit sans que les vertèbres voisines eussent reçu la moindre atteinte. On est donc porté à admettre qu'en bas comme en haut, la carie n'a été qu'une conséquence et une complication.

Dans la troisième, on voit encore des cartilages complètement détruits, et les vertèbres correspondantes intactes, ce qui établit la priorité de l'affection des substances intervertébrales; mais il se trouve de plus une lésion organique fort importante, une longue couche de matière tuberculeuse, et un vaste abcès tuberculeux. La malade avait long-temps habité un pays humide; les poumons étaient criblés de tubercules miliaires; de plus, elle avait fait une chute sur le dos, qui avait été suivie de douleurs dorsales et lombaires.

L'opinion que l'auteur avance ici avec quelque timidité, nous croyons qu'on peut l'adopter avec plus de hardiesse. Il est très probable que l'affection tuberculeuse a existé la première; elle a pu être considérablement hâtée dans sa marche par la chute; elle était accumulée en masse considérable là où les altérations du rachis étaient le plus avancées; et de plus, les cartilages n'étaient altérées que dans les limites occupées par le corps étranger. Cette coïncidence ajoute M. Nichet, se reproduira par la suite

si fréquemment et avec des circonstances telles, qu'il ne sera guère possible de mettre en doute l'influence morbifique de la matière tuberculeuse.

La cinquième nous offre des lésions multiples : ulcération des cartilages de l'articulation occipito-atloïdienne gauche ; destruction complète de l'articulation atloïdo-axoïdienne du même côté; usure du corps de l'atlas ; matière tuberculeuse autour de ces articulations et dans le canal vertébral ; destruction du ligament odontoïdien transverse ; luxation de l'apophyse ondoïtide; mort par compression de la moelle. La cause de la destruction du cartilage, résidait dans la matière tuberculeuse qui environnait les deux articulations malades. A cette opinion l'auteur ajoute une réflexion assez juste : si la vie de ce malade, dit-il, n'eût été brusquement interrompue par la compression de la moelle, et que les conséquences de ses lésions organiques eussent été poussées jusqu'à leurs limites extrêmes, la poche qui contenait la matière tuberculeuse eût suppuré ; elle se serait perforée ; une ouverture fistuleuse eût occupé la peau du cou ; du pus mêlé à des flocons tuberculeux s'en serait échappé ; les vertèbres amincies, brisées, auraient en partie disparu par fragments. Les portions restantes, inégales, noires, eussent été regardées comme atteintes de carie, et naturellement on aurait consideré cette lésion de l'os comme le principe de l'usure des cartilages.

La onzième observation est une des plus curieuses ; on trouva une cavité tuberculeuse dans les dixième et onzième vertèbres dorsales, et leurs cartilages ; un vaste abcès au devant du rachis. La maladie avait duré cinq années. Une douleur vive, continue, invariablement fixée au niveau des dixième et onzième vertèbres dorsales, avait été le premier et le plus constant des symptômes. Le foyer vertébral en était seul la cause ; mais il n'existait point de vestiges de tubercule cru ou ramolli ; l'auteur n'hésite pas à penser qu'il avait cependant existé, et qu'il avait ensuite disparu. Le tubercule des vertèbres, dit-il, comme celui des poumons, ne se montre à l'état de crudité que pendant un temps limité, et il arrive un moment où il se ramollit et perd la plupart de ses caractères physiques. Ce ramollissement s'observerait fréquemment si la vie des malades se prolongeait assez pour qu'il pût s'opérer ; mais le plus souvent, dans le mal de Pott, des complications graves emportent le malade, et fournissent l'occasion de l'observer à l'état de crudité. Le sujet de cette observation a échappé à la règle, et les cinq années de sa maladie ont été plus que suffisantes pour permettre au tubercule de se ramollir. Chez ce sujet, l'os sur lequel les cavités se sont creusées n'est point altéré ; il n'a point diminué de consistance ; ses cellules ne sont point élargies, sa couleur est celle de l'état normal. Ces caractères suffisent pour les séparer complètement des pertes de substances qu'éprouvent les os ramollis par la carie, et pour faire conclure à l'existence antérieure du tubercule, lors même qu'il n'y aurait plus de traces de ce dernier. Applicant donc ces considération au sujet qui nous occupe, l'auteur en conclut qu'une masse tuberculeuse a envahi primitivement les onzième et douzième vertèbres dorsales ; qu'elle a détruit consécutivement la partie centrale du cartilage intermédiaire ; qu'elle s'est liquéfiée par l'effet du temps et probablement aussi par son mélange avec la portion pulpeuse du cartilage ; enfin, que le produit de cette fonte a été versé au devant de la colonne vertébrale par le canal creusé dans la dixième vertèbre par la matière tuberculeuse.

Veut-on savoir ce que M. Nichet regarde comme une carie, et seulement comme carie ? La quinzième observation nous en fournit l'occasion. Le sujet, âgé de dix-huit ans, offrait en lui toutes les altérations anatomiques qui peuvent se montrer dans le mal vertébral : 1° tubercule infiltré ; 2° tubercule épanché ; 3° excavations tuberculeuses des os ; 4° destruction des cartilages ; 5° nécrose ; 6°.... mais divisons avant de prononcer le mot : le sacrum et les trois dernières vertèbres lombaires avaient subi une altération de texture qui se trouve rarement, selon l'auteur, dans le mal vertébral lorsqu'il est exempt de complications. Ces os étaient d'un rouge foncé et profondément ramollis ; leurs cellules élargies renfermaient une matière liquide d'un rouge lie-de-vin qui s'échappait en abondance par la pression. C'est seulement à cette lésion que l'on doit appliquer le nom de *carie*, et non point à toutes les pertes de substances osseuses, quel que soit l'état de l'os, comme on le fait banalement.

Dans les observations suivantes, il étudie ce que les jointures de membres, plus souvent à portée d'être étudiées, nous apprennent touchant : 1° l'inflammation des cartilages ; 2° leur ulcération ; 3° les tubercules ; 4° la carie ; etc. Afin d'éclairer l'histoire de ces mêmes affections dans la tige rachidienne, nous ne pouvons entrer dans tous ces détails ; nous ne donnerons que les conclusions qui semblent en découler.

Lorsqu'à l'autopsie on trouve les cartilages et les os simultanément malades, on regarde généralement la maladie de l'os comme antérieure à celle du cartilage. C'est pourtant, d'après les observations de l'auteur, l'inverse qui a lieu le plus fréquemment, et il est très commun, dit-il, de voir les lésions organiques des os être la conséquence de la phlegmasie de ces organes, auxquels on refuse toute participation à la vie.

Plus loin, il se demande quelle est la modification vitale qui préside à la destruction des fibro-cartilages intervertébraux.

Il serait difficile de répondre à cette question si l'on n'étudiait que les maladies du rachis qui, le plus souvent, prolongent leur

durée au delà du temps où l'on peut observer les organes dans leur état morbide primitif. Mais l'observation des maladies des cartilages diarthrodiaux en facilite singulièrement la solution. Voici les conclusions de l'auteur à ce sujet : 1° Il existe entre ces deux ordres d'organes une grande analogie de structure et de vitalité ; il est à présumer que cette analogie subsiste pour l'état morbide ; 2° dans les cartilages diarthrodiaux la maladie, très vive dès le début, devient souvent obscure et ne laisse pas de détruire le cartilage sur lequel l'autopsie ne nous montre point d'injection ; alors les cartilages se trouvent dans le même état que les substances intervertébrales ; 3° des deux côtés les causes sont fort analogues ; souvent ce sont des chutes, d'autres fois les malades ont enduré l'humidité en travaillant, ou bien ils se couchaient habituellement sur un sol mouillé. Dans la grande majorité des cas, on trouve des tubercules en masse ou infiltrés, ou des cavernes tuberculeuses dans les vertèbres continues avec les cartilages ulcérés ou détruits ; or, l'inflammation ulcérative est souvent aussi excitée dans les cartilages diarthrodiaux par ces productions morbides ; 4° la douleur peut encore nous aider à dévoiler la véritable nature des lésions des disques vertébraux. Dans l'inflammation aiguë des cartilages diarthrodiaux, ce symptôme est fréquent et ordinairement très violent ; il est limité à un espace fort circonscrit, et cède assez bien au moxa, ou au cautère appliqué le plus près possible du mal. La douleur disparaît encore lorsque, après la destruction complète des cartilages, l'ankylose est résultée de la réunion des os contigus. La même chose à peu près se passe dans la colonne vertébrale malade ; avant la gibbosité et pendant qu'elle se forme, la douleur est quelque fois très vive et se maintient ainsi plusieurs mois, après lesquels elle se calme ; ce qui coïncide soit avec la destruction complète du cartilage, soit avec l'ankylose des vertèbres ; enfin la douleur diminue ou se calme même tout-à-fait par l'application des cautères.

ARCHIVES DE MÉDECINE.

Quelques remarques sur un cas de diabète sucré, accompagné d'une altération organique des deux reins (néphrite des auteurs), sans albumine dans l'urine ; par M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le but principal du mémoire de M. Monneret est de prouver que le diabète n'a pas toujours son siége dans les organes sécréteurs de l'urine, et, de plus, qu'une maladie de ces organes n'empêche pas la sécrétion de la matière sucrée. Avant de montrer comment l'auteur a soutenu cette opinion, disons quelques mots sur les causes du diabète, et sur la formation de la matière sucrée.

On a beaucoup discuté dans ces derniers temps sur la cause intime du diabète, et sur le mode de production de la matière sucrée. Les progrès récents de la chimie organique et les analyses plus complètes de l'urine ont conduit un grand nombre de médecins à expliquer la formation par les lois connues de la chimie.

Un de ceux qui ont interprété de la manière la plus ingénieuse les phénomènes morbides observés dans le diabète, c'est M. Bouchardat. Suivant cet auteur, le ferment, le gluten, l'albumine, la fibrine, dans de certaines conditions d'altération, existeraient dans l'estomac des diabétiques, et exerceraient sur l'amidon qui y est contenu une action tout-à-fait comparable à celle de la diastase. Pour que la formation de l'amidon en sucre ait lieu, il faut sept parties d'eau, et tant que le malade n'a pas bu cette quantité, il est tourmenté par une soif vive qu'il est contraint de satisfaire ; on voit que, d'après cette théorie, tout est expliqué par les réactions chimiques qui se passent dans l'estomac, et que le rein ne joue aucun rôle dans la production de la maladie. S'il ne fallait pas se défier des explications trop ingénieuses, nous serions assurément tentés d'accepter celle-ci comme très probable, mais nous aimons mieux attendre que de nouvelles expériences aient donné la solution de cette question indécise.

Cependant nous ne pouvons pas nier que plusieurs observations viennent à l'appui de la théorie que nous avons énoncée, et le fait remarquable cité par M. Monneret paraîtrait assez le confirmer. Ce fait dont nous parlons, et qui est la source de discussion de ce mémoire, nous montre en effet que les reins ne jouent pas inévitablement un rôle dans le diabète, qu'il ne faut pas placer exclusivement la cause de cette maladie dans les organes sécréteurs de l'urine, bien que ceux-ci aient présenté des altérations profondes.

Cette observation est digne d'intérêt ; elle nous présente la lésion anatomique que l'on considère comme propre à la néphrite albumineuse, existant sans les deux symptômes qui la caractérisent, savoir : la présence de l'albumine dans l'urine et l'hydropisie. Il y a plus, dit M. Monneret, l'urine, au lieu de présenter de l'albumine, renferme une forte proportion de matière sucrée, et à une époque plus reculée, ce même liquide contient des principes salins : on doit noter que le malade avait été lithotritié cinq mois environ avant sa mort.

On est d'abord tenté de regarder la maladie des reins comme la cause du diabète ; mais cette opinion devient tout-à-fait improbable, ajoute l'auteur, quand on réfléchit que chez un grand nombre de diabétiques il n'existe pas la moindre lésion appréciable dans ces organes, ainsi que Reil, Clarke,

Hecker et tant d'autres l'ont établi. D'ailleurs l'altération des reins offerte par le sujet dont il est question appartient à toute autre maladie ; en effet, ainsi qu'il est consigné dans l'observation, le rein droit présente une altération tout-à-fait identique à celle que les auteurs rapportent, ou à la néphrite simple, ou à un premier degré de la néphrite albumineuse ; et dans le rein gauche le mal est plus avancé; il est au troisième degré (dégénérescence jaunâtre). N'est-on pas fondé à soutenir que ces deux altérations sont propres à la néphrite simple ou albumineuse et tout-à-fait étrangères au diabète?

M. Monneret blâme en passant la dénomination de *maladie de Bright* donnée à la plupart des altérations du rein ; il trouve cette dénomination mauvaise, parcequ'elle s'applique à des maladies très différentes, et qui n'ont pas d'ailleurs toujours pour symptômes la présence de l'albumine dans les urines et l'hydropisie. L'expression de néphrite, proposée et adoptée par quelques médecins, lui paraît plus vicieuse encore, parce qu'elle sert trop souvent à désigner des altérations dont la nature inflammatoire est plus que douteuse. Malgré les louables efforts de MM. Rayer et Martin Solon, on n'a pas encore pu définir et caractériser convenablement la nature des altérations des reins. Enfin M. Monneret, pour revenir à son observation, pense, d'après le cas par lui mentionné, que la cause qui détermine la formation de l'albumine et son passage dans les urines n'est pas une simple altération du rein, et encore moins une phlegmasie de cet organe : la cause de diabète, selon lui, ne résiderait pas dans les reins.

Voici, au reste, comment il explique la formation de la matière sucrée. On doit supposer dit-il, que c'est par suite d'une opération saccharifiante, dont la cause première reste à déterminer, que les aliments du sucre diabétique sont formés dans l'estomac, charriés avec le chyle, versés par le canal thoracique dans le torrent circulatoire ; parcourant alors le cercle décrit par le sang, ils traversent avec ce liquide les reins, où leur présence détermine une opération organique en vertu de laquelle les éléments sont réunis pour former le sucre du diabète, tel qu'on le trouve dans l'urine. M. Monneret marche sur un terrain neuf et peu exploité, et qui peut donner la clef de phénomènes importants; nous l'engageons donc à persévérer dans cette voie de découverte, et à publier bientôt le résultat de nouvelles recherches.

Revue des journaux étrangers.

Taille hypogastrique.

Extrait du discours prononcé à l'Athénée de Venise, le 9 août 1839, par le docteur Canella pour la place de chirurgien en chef de l'hôpital.

Franco, après avoir fait la taille hypogastrique pour extraire un calcul volumineux, fut si effrayé du danger qu'il avait fait courir à son malade, que malgré le succès, il déconseilla cette opération ; néanmoins il a eu des imitateurs parmi lesquels se range le docteur Canella, en se fondant sur l'anatomie et la physiologie. Le lauréat préfère cette taille à la perinéale, toutes les fois que le calcul est infrangible, car s'il ne l'était pas, la lithotritie conviendrait, et il a pour lui Amussat, Souberbielle et Dupuytren, qu'il a vus opérer à Paris. Il y a deux choses à considérer dans l'opération de la taille, l'entrée dans la vessie et l'extraction de la pierre. Sous ce double rapport, la taille hypogastrique a l'avantage sur la périnéale.

Depuis trois cents ans on cherche à l'espace du périné la meilleure voie pour aller ouvrir la vessie, et les praticiens ne sont pas encore fixés. Chaussier, Ribes et Scarpa ont rappelé la méthode de Celse, et ont cru avoir trouvé que c'était celle de Raw, tandis que Dupuytren voit dans la taille bi-latérale la plus grande ouverture possible de la vessie ; mais Boyer observe que les artères sont si variables dans leur situation et leur volume, qu'on a toujours à craindre de les blesser à l'intestin rectum. Quel danger ne court-il pas d'être ouvert par le lithotome? alors une fistule stercorale, la consomption et la mort en sont les suites.

D'un autre côté, on reproche à la taille hypogastrique trois inconvénients graves : le risque de blesser le péritoine, la fistule urinaire et les dépôts urinaires, mais ces trois inconvénients sont faciles à éviter.

La vessie étant distendue par un liquide, il se forme entre le repli du péritoine et le bord supérieur du pubis un espace de deux et même trois pouces. Il faudrait donc être bien maladroit pour inciser cette toile membraneuse. Cet accident n'est arrivé qu'une seule fois à Souberbielle; une portion d'épiploon et d'intestin sortit par la plaie ; néanmoins l'opéré guérit.

Une sonde de gomme élastique un peu grosse et recourbée, de manière que son extrémité externe descende plus bas que l'interne, et qu'on introduit par l'urètre dans la vessie immédiatement après l'opération, est un sûr moyen de prévenir la fistule urinaire et les dépôts urineux. Ajoutez que si le ressort de la vessie, principalement à son bas-fond où il y a le plus de fibres musculaires, tend à faire remonter l'urine, celle-ci trouvera dans les bords irrités de la plaie un obstacle à son infiltration, et, pour peu qu'on sache établir un bandage, la plaie, bientôt oblitérée, forcera l'urine à passer par la canule à laquelle on substituera, au bout de quelques jours, une mèche de coton pour servir de filtre.

D'ailleurs, que d'avantages particuliers à la taille hypogastrique! appareil presque nul, simplicité, brièveté, élégance du procédé, possibilité d'extraire le calcul, quel que soit son volume, facilité de remédier aux accidents imprévus, guérison prompte et complète. En preuve, l'orateur cite l'exemple d'un enfant de sept ans qui portait un calcul long de seize lignes, gros de dix, et douze de diamètre transversal. Tous les chirurgiens avaient reculé devant l'opération; le petit malade souffrait beaucoup de la strangurie et d'une entérite chronique avec fièvre continue. L'opérateur fut obligé, avant de charger la pierre, de la soulever avec le doigt de la retraite où elle s'était logée; aurait-il pu l'extraire aussi facilement qu'il le fit, s'il eût procédé par la région du périnée? la cure aurait-elle été aussi heureuse? Le lithotomiste italien parle aussi d'un calculeux opéré à Paris par Civiale, et qui avait la vessie divisée en deux loges par une cloison; les deux loges étaient remplies d'un grand nombre de concrétions calculeuses.

L'incision de la vessie, au-dessus du pubis, surpasse en simplicité autant celle par le périnée que la ponction supérieure surpasse l'inférieure. Là, vous n'avez point à craindre de blesser la prostate, vous n'êtes point contrarié par l'infiltration de l'urine, et vous avez au fond de la vessie une couche de fibres musculaires qui, rétrécissant la plaie sus-pubienne, interdisent, vingt-quatre heures après l'opération, le passage de l'urine.

Et quelle élégance dans le procédé! le calculeux reste couché dans son lit, sans être lié, ni assujéti dans une posture gênante, aucun appareil ne frappe sa vue et son imagination. Au contraire, que se passe-t-il dans l'ame du malheureux qui attend, garrotté et assujéti sur une table, à l'approche de l'opérateur armé d'un instrument tranchant?

Boyer avait coutume de rapporter dans ses leçons, qu'ayant oublié de faire raser préalablement le périné, il avait demandé un rasoir. A ce mot et à la vue d'un élève qui s'avance élevant dans sa main un rasoir grandement ouvert, le patient s'imagine qu'il va être pourfendu; un tremblement universel le saisit. On a beau le plaisanter sur sa peur en lui faisant voir l'usage simple de l'instrument, le coup de poignard était porté, et l'opération, quoique bien faite, n'eut pas de succès.

Assistez à présent à une taille hypogastrique : le chirurgien appuie de la main droite la pointe d'un bistouri à lancette sur l'hypogastre, il n'a à inciser que la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et la vessie; les conduits éjaculateurs, les artères importantes et la prostate sont bien loin de l'instrument. L'index de la main gauche va reconnaître la pierre et sert de conducteur aux tenettes.

Le lithotomiste Fabris avait fait la ponction sus-pubienne à une femme pour une rétention d'urine, il sentit avec l'extrémité de la canule du trocar un calcul au fond de la vessie. Il agrandit sans délibérer la ponction à l'aide d'un bistouri sur la cannelure d'une sonde substituée à la canule, et fit aussitôt l'extraction du calcul dont on n'avait pas d'abord soupçonné la présence.

On est en droit de dire que si le calculeux taillé au-dessus du pubis vient à mourir, ce ne sera pas de l'opération, mais d'une maladie concomitante. Ainsi le chirurgien de Venise ayant perdu un enfant de cinq ans, à la nécropsie, il découvrit un foyer de pus dans la substance du rein droit.

Il ne dit qu'un mot de la taille par le rectum, et, dans le fait, la lithotomie réduite à sa plus grande simplicité est déjà une opération assez dangereuse par elle-même, sans qu'on aille la compliquer de la lésion d'un intestin.

(*Memoriale della medicina contemporanea.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 18 août.)

M. Barthélemy (de la section des médecins vétérinaires) a été élu président en remplacement de M. Bailly.

Rapport sur l'hydrothérapie.

M. Roche a la parole pour un rapport sur un mémoire de MM. Engel et Werther, intitulé : *de l'hydrothérapie ou de l'eau froide appliquée à la cure des maladies.*

Pour ces deux médecins allemands la médecine consiste à régler sagement la force médicatrice innée à l'organisme. Ils n'ont besoin, pour asservir cette force, que d'obéir à une des quatre indications suivantes : 1° diminuer l'activité vitale en excès; 2° l'exciter quand elle existe à un trop faible degré; 3° maintenir l'équilibre des fonctions; 4° débarrasser l'organisme des agents morbifiques. L'eau froide, la chaleur et la diète sont amplement suffisantes pour satisfaire aux exigences de ces indications médicales.

Après les doctrines vient la pratique de l'hydrothérapie. Cette merveilleuse panacée est sortie du cerveau du paysan Priessnitz qui, au dire de ses disciples, est ignorant des mots mêmes de la langue médicale. Grâce à son heureuse sagacité, il combine, modifie, manie de mille façons diverses et toujours avec le plus grand bonheur, le moyen à la fois si simple et si puissant dont il vient de doter la médecine ingrate.

Des deux mémoires qui ont été soumis à l'examen de l'Académie, l'un, manuscrit, contient quarante observations de maladies toutes différentes, et que l'emploi de l'eau froide a toujours guéries. Parmi ces observations il en est très peu de personnelles aux auteurs des mémoires, et toutes, sans exception, sont privées de détails, à ce point qu'il est impossible de soupçonner à leur lecture les maladies dont elles font l'histoire.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° L'hydrothérapie est une méthode thérapeu-

tique dangereuse qui ne repose sur aucun fait;

2° Sa théorie est chimérique;

3° Elle est en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques;

4° L'Académie ne peut en aucune façon l'éprouver;

5° L'usage de l'eau froide est depuis long-temps du domaine de la médecine et soumis à des règles connues.

Luxations des phalanges avec plaie.

M. Laugier présente à l'Académie deux malades qu'il a guéris de lésions fort graves et qui, bien souvent, nécessitaient l'amputation.

Le premier est un homme de trente-cinq à quarante ans, qui a fait, dans une carrière, une chute d'un lieu fort élevé. Amené à l'hôpital Baujon, il offrait une luxation en dehors de la première phalange du gros orteil sur le métatarsien correspondant dont la tête avait traversé la peau du bord interne du pied. M. Laugier, au lieu de recourir à l'amputation, a débridé la plaie faite par la tête du métatarsien, et a réduit la luxation; il a fait en outre, au bord externe du métatarsien, une incision profonde, jusqu'aux parties décollées, et le malade a parfaitement guéri et a conservé les mouvements de la phalange sur le métatarsien.

Chez le deuxième malade, âgé de cinquante ans, il y avait luxation en arrière de la dernière phalange du pouce sur la première; la tête de cette dernière passait à travers la peau de la face palmaire, et le tendon du fléchisseur propre était arraché de son insertion à la deuxième phalange; les ligaments latéraux étaient rompus: la réduction fut facilement opérée. M. Laugier mit le doigt dans l'extension. Deux attelles de carton plus larges que le doigt ont été appliquées, l'une sur la face dorsale, et l'autre sur la face palmaire; le bandage dextriné a pu être appliqué de manière à ne porter que sur les attelles, laissant libres les deux côtés du doigt où passent les vaisseaux. La plaie s'est fermée et aujourd'hui la réduction est encore parfaite, sauf peut-être un léger déplacement consécutif depuis que l'appareil est enlevé; l'articulation est ankylosée.

Extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou; par M. Hippolyte Larrey.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de trente ans; il est venu deux fois à l'hôpital pour se faire opérer, et aux deux fois le corps étranger avait disparu. Enfin la troisième fois le malade tenait fixé le corps étranger entre ses doigts lorsqu'il arriva à l'hôpital; l'extraction fut pratiquée; le lendemain il y eut une hémorrhagie très abondante, fournie par une des articulaires; plus tard la plaie fut atteinte de pourriture d'hôpital. Le jus de citron, employé d'habitude par M. Cloquet, a arrêté ce dernier accident. Le malade est parfaitement rétabli, seulement les mouvements sont un peu douloureux.

(Séance du 25 août.)

Recherches pour expliquer l'unité de perception des deux images impressionnant les yeux; par M. Gerdy.

Les deux images formées dans les deux yeux par un seul objet sont loin d'être toujours semblables; leur différence est minime, mais enfin elle est telle, que dire que l'esprit perçoit ces deux impressions à la fois, c'est dire qu'il peut en même temps fixer son attention sur deux sujets divers. Voici une preuve de la différence des images: placez devant vous, mais un peu plus près d'un œil que de l'autre, un couteau dont le tranchant est dirigé en avant; si vous regardez ce couteau, les deux faces vous paraîtront d'inégales dimensions, mais vous les verrez toutes les deux à la fois. Mais si vous fixez votre attention plus particulièrement sur l'une, l'autre vous échappera complétement, et vous ne pourrez plus l'apercevoir. En vous conduisant ainsi pour chaque lame séparément, vous acquerrez la conviction que vous avez vu successivement deux objets un peu différents, et que lorsque, les deux yeux ouverts, vous ne portez votre attention que sur l'un, l'autre vous échappe; ainsi un même objet vu par les deux yeux en même temps, suivant la perspective, le rapprochement ou l'éloignement, est vu un peu différemment par l'un et par l'autre. Quant à ce qui touche l'acte intellectuel par lequel nous percevons l'impression, on sait qu'il ne peut s'adresser qu'à un objet à la fois; or, quand notre esprit veut juger d'un objet par l'aide de la vision, il ne peut faire attention qu'à une des images formées dans les deux yeux. L'autre est pour lui comme les objets environnants, qui frappent bien nos yeux quand notre esprit médite, mais qui ne sont en aucune façon perçus par nous. Il en est d'ailleurs du sens de la vue comme de tous les autres sens; nous tenons souvent dans nos mains un objet sur lequel nous n'exerçons cependant aucun toucher, si notre esprit est occupé ailleurs. On a dit que nous voyons en effet deux images, mais que l'habitude, rectifiée par le toucher, nous avait appris à croire à l'existence d'une seule. Une preuve que le toucher est incapable de cette rectification, c'est que l'homme devenu subitement strabique voit deux objets quand il n'y en a qu'un seul, sans que le toucher puisse le corriger de cette erreur qui ne cesse que lorsqu'il a appris à ne se servir que d'un seul œil.

Tumeur du maxillaire supérieur.

M. Gerdy montre à l'Académie un jeune homme de quinze ou seize ans, auquel il se propose de pratiquer l'extirpation du maxillaire supérieur droit, pour une volumineuse tumeur développée dans le centre de cet os.

Énorme tumeur encéphaloïde du sein, développée en trois mois.

M. Bérard fait présenter une tumeur extirpée ces jours derniers, et développée depuis trois mois seulement dans le sein d'une jeune femme de vingt-neuf ans. Accouchée depuis un an seulement, cette femme n'avait éprouvé aucune espèce d'accident du côté des mamelles, qui étaient parfaitement saines il y a trois mois et demi. A cette époque parut un engorgement qui, dans le court espace de trois mois a acquis un volume égal à celui de la tête d'un adulte. Une coupe de cette énorme tumeur a fait voir une dégénérescence de nature encéphaloïde.

(Séance du 1er septembre.)

Des causes de la mortalité dans les grandes villes, par M. Lachaise.

Suivant M. Lachaise, la mortalité dans les grandes villes tient moins à l'abus de tous les plaisirs, aux insalubrités dépendant de la voie publique, aux égouts, etc., qu'à l'entassement des individus dans des maisons proportionnellement trop petites.

Pour arriver à ce genre de preuves, M. Lachaise compare d'abord la mortalité à deux époques différentes : de 1810 à 1820, l'assainissement de Paris a beaucoup gagné par les soins de l'autorité municipale, qui a relégué tous les établissements insalubres hors de l'enceinte de la ville, et créé une entreprise pour l'enlèvement journalier des immondices. Dans cet intervalle la mortalité a été de un sur trente-deux habitants. De 1830 à 1840 la propreté des rues a augmenté. Eh bien ! la mortalité au lieu de diminuer a augmenté, elle est de un sur trente habitants. Quelle peut être la cause de cette augmentation ? M. Lachaise s'est assuré, par des relevés statistiques, qu'elle porte uniquement sur les quartiers dont le nombre des habitants s'est beaucoup accru, sans que le nombre des maisons destinées à les contenir ait subi une augmentation proportionnelle.

Il en conclut que l'entassement est la plus mauvaise des conditions pour la longévité des hommes, que l'autorité devrait à cet égard prendre des mesures pour empêcher les propriétaires d'élever les bâtiments qui donnent sur la voie publique, et donner aux cours et constructions intérieures des nouvelles bâtisses une étendue légale proportionnelle au nombre d'habitants qu'elles doivent contenir.

Mémoire sur la syphilide, par M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. Gibert commence par combattre l'opinion d'Alibert, que la syphilide a été, au quinzième siècle, le symptôme primitif des affections vénériennes. L'histoire de ce temps prouve que, comme aujourd'hui, ces symptômes primitifs avaient leur point de départ dans les organes génitaux et étaient constitués par le chancre. Seulement il semble qu'à cette époque la maladie marchait avec une rapidité bien plus grande qu'aujourd'hui.

M. Gibert ne partage pas l'opinion d'un médecin moderne, que le chancre est le seul symptôme primitif essentiel de la vérole, parce qu'il est le seul qui soit susceptible d'inoculation suivie de résultats. Pour lui les pustules plates peuvent communiquer la vérole quoique leur inoculation ne donne pas d'infection. La blennorrhagie peut donner la vérole, produire le chancre, sans que pour cela il existe nécessairement des chancres dans l'intérieur de l'urèthre.

En résumé, les traits les plus caractéristiques de la syphilide sont les suivants :

1° La coloration cuivrée qui peut varier du rouge clair au rouge foncé vineux ;
2° La diffusion de la teinte cuivrée ;
3° La persistance du mal en l'absence de remèdes appropriés ;
4° L'effet rapide du traitement ;
5° L'espèce de cicatrisation.

Traitement. — Pendant long-temps M. Gibert a traité les syphilides par l'iodure ou le deutochlorure de mercure sous forme pilulaire ; mais il s'est convaincu que ce mode d'administration du mercure est moins efficace que les frictions. Maintenant il est revenu à la méthode ancienne, qui consiste à déposer le soir dans l'aisselle quatre grammes d'onguent mercuriel, à rapprocher le bras du tronc sans interposition de linge. Jamais il n'a vu ce médicament héroïque manquer de cette façon ses effets avantageux.

Ovarite aiguë provoquée par les injections utérines, par M. Leroy d'Etiolles.

M. Leroy d'Étiolles a observé deux exemples d'ovarite survenue à la suite d'injections poussées avec modération dans l'utérus à l'aide d'une sonde de gomme élastique. Voici les symptômes les plus saillants: douleur subite dans un des flancs avec développement rapide d'une tumeur dans le flanc correspondant. La douleur revient par accès, est forte et comparée par les femmes aux douleurs de l'enfantement ; malgré sa grande intensité, elle n'est pas augmentée par la pression, et en cela elle diffère de la douleur de la péritonite. Dans aucune autre maladie, M. Leroy n'a observé de tympanite aussi considérable, ce qui contribue encore à augmenter les angoisses des malades. C'est à l'aide de purgatifs violents qu'on combat ce dernier symptôme ; il se montre du deuxième au troisième jour.

Aucune des deux femmes n'a succombé ; mais chez toutes deux, l'affaissement des tumeurs ovariques, que le doigt pouvait sentir dans le vagin, a été accompagné d'un écoulement abondant par l'anus.

(Séance du 8 septembre.)

M. Sédillot fait savoir à l'Académie qu'un malade auquel il a pratiqué l'amputation coxo-fémorale est parvenu au vingt-troisième jour, et qu'il peut être regardé comme guéri ; il prie M. le président de vouloir bien désigner un ou plusieurs membres pour constater l'état de ce malade, et en informer l'Académie.

Recherches d'anatomie pathologique sur la phlébite ; par M. Tessier.

M. Blandin, chargé d'un rapport sur ce travail, annonce que M. Tessier n'a eu pour but, dans ce mémoire, que de constater la manière dont le pus se comporte dans une veine enflammée ; ses idées diffèrent des idées reçues sur ce sujet : on croit généralement maintenant que le pus formé dans l'intérieur d'une veine enflammée chemine dans l'intérieur de ce vaisseau vers le cœur. Plusieurs travaux modernes ont établi que l'inflammation d'une veine avait pour résultat la vacuité de celle-ci jusqu'à la collatérale la plus voisine. Cette condition unie à l'obstacle que le pus trouve dans les valvules à cheminer vers les capillaires, fait marcher ce liquide vers la collatérale, et là que se mêle à la circulation. C'est cette opinion que M. Tessier cherche à ébranler : pour lui, la phlébite amène toujours l'oblitération de la veine au voisinage du lieu enflammé, et cette oblitération pendant la formation du pus empêche son mélange. Dès lors les troubles généraux et les lésions variées étendues à tant d'organes différents, et très éloignés les uns des autres, ne peuvent s'expliquer par le mélange du pus avec le sang. La phlébite devient une maladie générale qui engendre dans tous les points de l'économie le pus qu'on y rencontre.

M. le rapporteur n'adopte pas ces idées de M. Tessier, parce que des faits antérieurs au travail de ce dernier, et d'autres observés depuis dans le but de vérifier ce point d'anatomie pathologique, ont démontré le contact immédiat du sang et du pus. Ce qui a trompé M. Tessier, dit M. Blandin, ce sont des cas de phlébite chronique dans lesquels la vacuité de la veine enflammée ne se fait que tardivement, et la circulation marche assez lentement pour permettre la coagulation d'une petite quantité de sang, avant la formation du pus. Malgré cette divergence d'opinion, M. le rapporteur juge ce travail digne d'éloges et conclut : 1° à des remercîments à l'auteur ; 2° à l'impres-

sion de son mémoire dans les mémoires de l'Académie.

Adopté.

Anévrisme de l'artère carotide primitive gauche; ligature par la méthode de Brasdhor; guérison, par M. Colson, membre correspondant de l'Académie.

M. Larrey, après avoir donné l'exposé de cette observation, discute la valeur de la méthode de Brasdhor. Il la proscrit entièrement et dans tous les cas. Pour lui, il a retiré de si bons effets de l'application de la glace et des moxas sur les tumeurs anévrismales, qu'il croit qu'on ne doit, en aucune circonstance, employer d'autres moyens, quand la ligature par la méthode ordinaire n'est pas applicable.

Les conclusions du rapport sont de remercier l'auteur pour l'envoi de son observation.

M. Bricheteau, qui a vu la malade, dit que sa santé est aujourd'hui parfaite; il pense que l'observation de M. Colson est assez importante pour mériter les honneurs de l'insertion dans les mémoires de l'Académie.

M. Blandin prie M. Larrey de dire s'il proscrit indistinctement dans tous les cas la méthode de Brasdhor.

M. Larrey répond affirmativement.

M. Blandin. Je ne puis partager cette opinion. Il est incontestable que l'application de la glace et des moxas, que la compression doivent échouer dans un certain nombre de cas. Or, quelle conduite tiendra alors le chirurgien? Refusera-t-il de confier le sort du malade à une opération mauvaise sans doute, mais qui a au moins réussi une fois.

M. Velpeau fait remarquer que l'observation de M. Colson est le premier cas de guérison obtenu en France par la méthode de Brasdhor, mais qu'en compulsant les annales de la science on peut réunir à peu près vingt faits parmi lesquels se rencontrent cinq ou six guérisons. Il est, dit-il, des circonstances anatomiques et physiologiques qui doivent engager à pratiquer la ligature de Brasdhor sur certaines artères plutôt que sur d'autres. Sur la fémorale, sur l'iliaque externe, des branches artérielles restent ouvertes entre le lien et le sac anévrismal. Ces vaisseaux entretiennent dans ce dernier une circulation moins active sans doute qu'avant l'opération, mais qui suffit pour empêcher la coagulation du sang. Rien de semblable n'est à craindre pour la carotide primitive. On ne conçoit même pas que la méthode de Brasdhor appliquée à cette artère ne réussisse pas aussi bien que la méthode ordinaire. Le sang, en effet, après avoir traversé le sac, trouve le cul-de-sac de l'artère lié, et comment alors ne se coagulerait-il pas?

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 3 août 1840.)

Recherches sur les changements de proportion de quelques principes du sang dans les maladies, par MM. Andral *et* Gavarret (1).

CLASSE 2e. — *Maladies dans lesquelles la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont aussi en quantité normale ou augmentée.*

Les auteurs divisent cette classe en deux ordres : 1° les fièvres; 2° plusieurs congestions et hémorrhagies.

I. Dans les *fièvres continues simples*, surtout pendant les prodromes, jamais la fibrine n'augmente, et souvent même elle diminue à tel point qu'on voit ce principe s'abaisser jusqu'à un millième. Jamais de diminution des globules avant les saignées, souvent même augmentation.

Dans les *fièvres typhoïdes* (et ce nom est réservé ici pour la fièvre qui coïncide avec un état exanthémateux d'abord, puis ulcéreux des follicules intestinaux), on ne trouve jamais la fibrine élevée au-dessus de son chiffre physiologique; elle le conserve assez souvent, mais souvent aussi elle s'abaisse au-dessous de lui, et elle est de toutes les maladies celle où on l'a vue descendre le plus bas, même jusqu'au-dessous de un millième. Les globules, au contraire, ne diminuent jamais et augmentent très souvent. On peut dire que dans les premiers temps de la fièvre typhoïde il n'y a en réalité qu'excès de globules, et la fibrine n'est alors en moins que par rapport à eux; mais à une époque de gravité plus grande il y a réellement diminution de la fibrine.

Dans les *fièvres éruptives* les résultats généraux sont les mêmes que dans les deux groupes précédents.

On n'a obtenu que des résultats négatifs dans tous les cas de *fièvres intermittentes*.

Des données précédentes, MM. Andral et Gavarret concluent que c'est la phlegmasie qui produit l'augmentation de fibrine, et que sans l'intervention du travail local qui la constitue (ce sont leurs expressions mêmes), la fièvre seule, quelles que soient son intensité et sa durée, n'a pas pour effet d'augmenter la quantité de fibrine que le sang doit contenir.

II. *Congestions et hémorrhagies cérébrales.* — Les résultats ont offert ici quelque chose d'inattendu, car dans la majorité des cas la fibrine s'est trouvée abaissée au-dessous de son chiffre normal, tandis que les globules avaient conservé leur moyenne physiologique, ou même l'avaient dépassée, et ce double résultat était d'autant plus tranché qu'on était plus près de l'invasion de la maladie. On ne saurait attribuer à la perte de sang la cause de la diminution de la fibrine, car elle devait bien plutôt commencer par diminuer les globules. De tels faits tendraient à justifier cette assertion de M. Magendie, savoir, que toutes les fois que dans le sang le chiffre de la fibrine diminue de beaucoup par rapport à celui des globules, le sang perdant sa cohésion naturelle, tend à sortir des vaisseaux qui le contiennent, de telle sorte que c'est dans une modification toute chimique du sang qu'on est amené à chercher la cause d'un certain nombre d'hémorrhagies dont on avait cru jusqu'à présent trouver la raison dans la modification anatomique du solide au sein duquel ces hémorrhagies s'accomplissent. Mais qu'on ne généralise pas trop; car dans beaucoup d'hémorrhagies cérébrales, le sang avait conservé la quantité normale de ses principes constituants.

CLASSE 3e. *Maladies dans lesquelles les globules de sang sont diminués.* — La *chlorose*, nous l'avons déjà dit, est le représentant de cette classe; on y remarque aussi quelques hydropisies, l'étiolement tout particulier qui suit d'anciennes fièvres intermittentes et l'état cachectique spécial que présentent les ouvriers soumis depuis long-temps à l'influence des préparations de plomb.

Dès le début de la chlorose, alors qu'aucun signe extérieur n'en trahit la présence, il y a déjà

(1) Voir le numéro précédent, page 131.

moins de globules qu'à l'état normal, mais cette diminution, qui n'est encore que peu considérable, le devient bien autrement dans les cas de chlorose confirmée, et l'on voit les globules descendre de leur chiffre moyen 127 à ceux de 60, 50, 40. Toutes les fois que dans ces circonstances on a donné du fer aux malades le chiffre des globules est remonté. Quant aux autres éléments du sang, sauf l'eau qui s'accrut en raison directe de l'abaissement des globules, ils ne prirent aucune part au changement; la fibrine resta la même avant et après l'administration du fer; et n'augmenta dans deux cas que par suite de la complication d'une phthisie pulmonaire dans l'un et du rhumatisme articulaire dans l'autre.

Classe 4e. *Maladies dans lesquelles l'albumine du sérum est diminuée.* — Lorsque l'urine s'échappe mêlée à une certaine quantité d'albumine, ce principe se trouve dans le sang diminué d'une quantité tout-à-fait égale, et si l'albumine vient à disparaître des urines, elle remonte à son chiffre normal dans le sérum du sang. Il est bon d'observer, en passant, que lorsque l'urine n'en contient que passagèrement, celle du sang n'en est nullement modifiée. Du reste, les autres principes constituants du sang restent les mêmes.

Les auteurs terminent leur mémoire par une remarque sur le parti que quelques personnes pourraient tirer de l'examen de la densité du sérum. Pour évaluer la quantité d'albumine et de sels contenus dans le sang, on a effectivement vérifié que dans la maladie de Bright, où le sang contient moins d'albumine, son sérum a aussi moins de densité; mais il n'en faut pas conclure que toute diminution de la densité du sang soit le résultat d'une diminution de l'albumine. La densité du sang ne dépend pas uniquement de la quantité d'albumine et de sels du sang; la diminution des globules y est aussi pour beaucoup. Lors donc que l'on constate un abaissement de la densité du sérum, la seule conclusion que l'on puisse tirer de ce fait, c'est que le sang est appauvri; à l'analyse de dire dans lequel de ses éléments.

Sur un mode de traitement des ulcères des jambes, sans qu'il soit besoin d'assujétir les malades ni au repos ni au régime; par M. Boyer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Ce mode de traitement consiste : 1° à entourer, dès le premier jour, la jambe malade de bandelettes de diachylom gommé dans toute l'étendue de l'ulcère, quels que soient sa nature et son état présent; 2° à couvrir le membre d'un bas lacé ou d'une bande; 3° à permettre au malade de marcher, de vaquer à ses occupations, quel qu'en soit le genre, sans suivre de régime; 4° à ne panser qu'une ou deux fois par semaine. Les expériences de l'auteur sur ce traitement ont duré seize mois; il en accompagne l'exposé très détaillé de cent vingt-cinq observations de guérison, et de neuf observations de non succès. L'auteur s'attache à prouver, pour ces derniers cas, que le défaut de succès a dépendu de la nature des affections, qui étaient plutôt des maladies de peau que de vrais ulcères. Ce traitement a, du reste, été adopté depuis le 1er janvier 1833, par le Conseil général des hôpitaux de Paris, et est mis en usage au bureau central.

La séance du 10 août n'offre rien qui intéresse les sciences médicales.

(Séance du 17.)

Nominations.—L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre pour la place vacante, dans la section de minéralogie et de géologie, par suite du décès de M. Brochant de Villiers.

La liste présentée par la section offre les noms suivants :

M. Dufrénoy;
M. Constant Prévost;
M. Boblaye.

Le nombre des votants est de 46. — Au premier tour de scrutin,

M. Dufrénoy obtient 24 suffrages,
M. Constant Prévost, 22.

M. Dufrénoy est proclamé membre de l'Académie.

M. Bazin adresse un résumé de ses *Recherches sur les connexions anatomiques, physiologiques et zoologiques du système nerveux.*

Nous donnons seulement quelques-unes de ses propositions les plus générales :

1° L'encéphale est un centre où viennent aboutir tous les nerfs sensitifs de la vie animale ou de relation, et d'où partent tous les nerfs moteurs soumis à la volonté.

2° Les circonvolutions, la coque du noyau encéphalique de Treviranus, ou ce qui recouvre les renflements ganglionaires nommés *corps striés, couches optiques, tubercules quadrijumeaux* ou *bijumeaux*, le *noyau* du cervelet, sont formés par l'épanouissement des nerfs sensitifs et par l'extrémité centrale des nerfs moteurs soumis à la volonté.

La *coque* des corps striés et des couches optiques est presque exclusivement due à l'épanouissement des nerfs olfactifs et des nerfs optiques et à celui des pyramides. Le corps calleux appartient principalement à l'entrecroisement des faisceaux des lobes antérieurs; la voûte, à celui des lobes postérieurs.

3° La substance grise est une substance intermédiaire entre les extrémités des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs.

4° Il n'existe point de ganglions sans substance grise : les renflements nerveux où elle manque sont des plexus destinés à changer la direction des filets nerveux.

5° La moelle épinière est un tronc formé par la réunion de tous les nerfs de la vie animale et de quelques filets des nerfs végétatifs des membres et du tronc de l'animal.

6° La moelle épinière est composée de quatre cordons principaux, deux supérieurs, appartenant aux nerfs sensitifs, et deux inférieurs appartenant aux nerfs moteurs.

(Séance du 31.)

M. Jules Guérin écrit qu'il a fait le 23 août, sans désemparer, sur un jeune homme de vingt-deux ans, la section sous-cutanée de quarante-deux muscles, tendons ou ligaments, pour remédier à une série de difformités articulaires du tronc et des membres, causée par la rétraction active de ces muscles et de ces ligaments. Cette série d'opérations a exigé vingt-huit ouvertures à la peau. L'opéré n'a éprouvé qu'une douleur et une fatigue médiocres pendant une heure qu'elles ont duré. Une heure après il s'est endormi d'un sommeil calme. La nuit et le jour suivants ont été très tranquilles. Aucun accident inflammatoire n'est survenu, et le troisième jour les vingt-huit plaies étaient complètement cicatrisées. Aujourd'hui, dit-il, cinquième jour de ces opérations, les points de la peau qui ont été divisés sont débarrassés de toute espèce d'applications, et l'on distingue à peine les traces des cicatrices.

VARIÉTÉS.

Prix.

La Société de médecine pratique de Montpellier, a choisi, pour le concours de 1841, la question suivante : *De la tolérance dans les maladies.*

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or de 300 fr. Les mémoires devront être adressés franco, et suivant les formes académiques, à M. le docteur A. Jaumes, secrétaire général, rue Dauphine, 5, à Montpellier, avant le 15 avril 1841.

Enseignement.

Un concours pour deux chaires, l'une de clinique externe, l'autre de pathologie chirurgicale, sera ouvert le 2 janvier 1841, à la Faculté de médecine de Strasbourg. Le registre des inscriptions sera clos le 23 novembre.

— M. Jules Cloquet est chargé du discours de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. Il aura à prononcer l'éloge de Richerand.

Hôpitaux.

A la suite du dernier concours pour les places de chirurgien au bureau central, MM. Denonvilliers, Maissonneuve et Chassaignac, ont été nommés.

— M. Duplay, médecin du bureau central, vient d'être nommé médecin de l'hôpital des incurables (hommes).

— L'enseignement du chant pénètre dans l'hospice des aliénés de Bicêtre, toujours grâce au zèle infatigable de M. Leuret.

— Quelques bruits ont couru qu'un vaste hôpital allait être construit sur les terrains Belle-Chasse, au faubourg Saint-Germain. Nous les croyons invraisemblables, car nous ne pensons pas qu'il puisse venir à l'idée de l'administration d'établir une telle superfétation d'hôpitaux dans le même point de Paris, tandis que d'autres quartiers vastes et populeux en sont totalement dépourvus. A la population toujours décroissante de la rive gauche, et même à l'enseignement de la Faculté, suffisent l'Hôtel-Dieu et son annexe, la Pitié, l'hôpital des Cliniques, la Charité, l'hôpital Necker et d'autres établissements spéciaux. La rive droite, au contraire, a été bien moins généreusement dotée ; pour le populeux faubourg Saint-Antoine et le Marais, nous ne voyons qu'un maigre hôpital, l'hôpital Saint-Antoine. L'hôpital Saint-Louis, grâce à ses intolérantes spécialités, est plutôt dédié *urbi et orbi*, comme le disait Alibert, qu'au quartier de la capitale où il est situé. De cet établissement pourtant, il nous faut faire près de deux lieues avant d'arriver à l'hôpital Beaujon, situé à l'extrémité du faubourg Saint-Honoré. N'y a-t-il pas là une immense lacune à remplir ; un quartier où il serait, non pas utile, mais urgent de construire un hôpital, c'est celui qui réunit le faubourg Montmartre avec la Chaussée-d'Antin. Cet hôpital répondrait aux besoins pressants du centre septentrional de Paris, des faubourgs Saint-Martin, Saint-Denis, Poissonnière, Montmartre, et ainsi jusqu'à la Madelaine, et jusque par delà les barrières. Qu'on se figure au contraire un hôpital à trois pas de la Charité, sur les terrains Belle-Chasse, dans un quartier où les établissements de bienfaisance abondent. Serait-ce par hasard pour desservir le Palais-Bourbon ou celui du quai d'Orsay ?

Médecine militaire.

Deux concours vont s'ouvrir au Val-de-Grâce pour le grade de chirurgien et de pharmacien aide-major; les jurys nommés par le ministre sont composés ainsi :

Concours de pharmacie : M. Brault, inspecteur président ; MM. Périnet, Deantzer et Roussel, pharmaciens principaux ; MM. Michel Lévy et Vaillant, médecins professeurs ; M. André, pharmacien-major professeur ; MM. Judas et Gimelle, suppléants.

Concours de chirurgie : M Pasquier père, inspecteur président; MM. de Chamberet, Bégin, Pasquier fils, Bandens, Choquet, principaux ; André, pharmacien-major ; MM. Dabadie et Piron, suppléants.

— M. Soudan, chirurgien principal, est nommé chirurgien en chef de l'armée à Alger, en remplacement de M. Grayon, appelé à d'autres fonctions.

Hygiène.

Nous trouvons consigné dans le procès-verbal du conseil d'arrondissement de Quimper l'effrayante proportion suivante, entre l'augmentation des liqueurs alcooliques (proprement dites), consommées chaque année, et la dégradation croissante de la race humaine dans le Finistère.

Les renseignements fournis par l'administration des contributions indirectes, établissent, en effet, d'une manière précise que les alcools qui ont acquitté le droit de quinze par expédition, soit pour les marchands en gros, soit pour les débitants, se sont élevés comme suit, dans les deux arrondissements de Quimper et de Quimperlé :

Année	1825	— 1,869 hectolitres.
	1829	— 2,542
	1833	— 3,503
	1839	— 3,983

Les tableaux de recrutement, relevés de 1821 à 1838, nous apprennent, d'autre part, que la taille moyenne des jeunes gens formant la classe, s'établit ainsi qu'il suit :

Taille moyenne sur les années	1818, 20, 21	1 m.	642 mil.
—	1829, 30, 31	1	629
—	1837	1	620
—	1838	1	619

Ce qui donne pour l'espace de vingt ans une diminution moyenne de vingt-trois millimètres, sur la taille moyenne des nouvelles générations qui ont passé sous la toise.

Quant aux motifs légitimes d'exception constatée, ils ne se trouvent pas moins significatifs; et l'on trouve que la faiblesse des constitutions a fait rejeter :

Pour les années	1819-20-21,	moyenne de 32 appelés
—	1829-30-31,	110
—	1837,	144
—	1838,	168.

(*Français de l'Ouest.*)

— Il y a en ce moment à Moscou la veuve d'un marchand de peaux qui a atteint l'âge de cent cinquante-sept ans. Elle s'est mariée pour la cinquième fois à l'âge de cent vingt-trois ans, et chacun des mariages qu'elle a contractés a été très-prospère. Elle prétend être parvenue à cet âge avancé grâce à un genre de vie bien régulier. Elle jouit encore de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et elle a l'espoir, Dieu aidant, d'atteindre sa deux centième année.

L'ambition de cette femme n'est pas médiocre : car l'âge le plus reculé qui se soit vu depuis ces derniers siècles est cent soixante-neuf ans. Il s'observa, chez un habitant de la campagne en Angleterre. Appelé par curiosité à la cour de

Charles II, il y mourut d'indigestion au bout d'un mois sept jours. Que la biscentenaire de Moscou se garde donc bien des palais des rois.

Miscellanea.

M. Guersant, membre de l'Académie royale de médecine, a été nommé médecin consultant du roi.

— La huitième session du congrès scientifique s'est ouverte le premier septembre à Besançon, sous la présidence de M. Tourangin. La section de médecine a pour président M. le docteur Mayor, de Lausanne, et pour secrétaire, M. le docteur Bulloz, professeur à l'école secondaire de Besançon.

— Les officiers de santé de tous grades, attachés à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, ont offert à M. Bégin une médaille, en témoignage des services rendus par ce praticien dans la direction de cette école et du lustre qu'il a jeté sur la chirurgie militaire.

— Le 29 juillet, l'inauguration de la statue d'Ambroise Paré a eu lieu à Laval, sur la place de l'Hôtel-de-Ville, en présence des autorités civiles et militaires, des magistrats, des députations de la Faculté et de l'Académie de médecine, des médecins et des nombreux souscripteurs. L'affluence était immense; toutes les corporations de la ville, bannière en tête, sont venues assister à cette solennité. La garde nationale et la garnison étaient sous les armes.

La *Gazette médicale* du 12 septembre dernier se termine par la nouvelle d'un malentendu entre deux chirurgiens sur *le lieu d'élection* dans l'amputation de la jambe. Il est pourtant bien facile à tous les chirurgiens de s'entendre à ce sujet : avant de penser à faire marcher plus commodément l'amputé sur une jambe de bois, nous devons nous attacher à procurer sa guérison par la meilleure médication. Or, l'amputation d'un membre est d'un succès d'autant plus probable, qu'elle se fait à une plus grande distance de l'articulation supérieure; c'est donc là que nous sommes obligés en conscience de la pratiquer, toutes les fois que, choses égales d'ailleurs, elle y est praticable. Ces deux mots, *lieu d'élection*, ne les proférons plus, quand il s'agira d'amputer la jambe; ils sont mal sonnants et propres à faire croire au vulgaire que, tenant en main le sort du blessé, il nous est loisible de choisir entre plusieurs moyens de chance inégale, tandis qu'il n'en est qu'un, savoir : le moins dangereux, car l'amputation, elle aussi, met la vie en danger, et même très-peu d'amputés de la jambe guérissent. Tel est l'esprit de la chirurgie. *Non de corio bovino, sed de humano agitur, inquit Fabricius Hildanus.*

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET PHILOSOPHIE MÉDICALE.—RÉPONSE A M. CAYOL.

Au rédacteur (1).

Mon cher confrère.

Si vous lisez la *Revue Médicale*, vous avez vu, peut-être, *dans le numéro de juin*, avec quelle inexplicable préoccupation de lui-même le rédacteur en chef de ce recueil, me défend de faire du vitalisme sans sa permission.

Ce n'est pas pour signaler au public la superbe inanité des prétentions de M. Cayol; — ce n'est pas pour démontrer à cet autenr l'insuffisance et le caractère insidieusement matérialiste de son vitalisme de mort; — ce n'est donc dans aucune intention critique que j'ai voulu vous adresser ces quelques lignes; — c'est uniquement pour qu'il sache la superfluité et la maladresse de ses jalouses susceptibilités.

Chacun s'accorde à dire que M. Cayol a perdu toute aptitude à comprendre autre chose que ses propres écrits, et qu'il n'a pas même conscience de son immobilité.

Ceci, j'en conviens, est une accusation fort sévère. Malheureusement, elle n'est si grave que parce qu'elle est trop vraie et trop facile à vérifier.

Au reste, cette illusion s'explique par celle-ci :

M. Cayol, à force de le vouloir beaucoup et long-temps, a fini par se persuader qu'il avait fait quelque chose pour le vitalisme; qu'il en avait compris et satisfait les besoins, élargi les principes, assaini la méthode, enrichi les applications, etc....; alors, content de ses efforts et de son succès (certes, on le serait à moins), il veut jouir de ce repos ombrageux et formidable des puissants qui se sont édifiés à eux-mêmes leur fortune et leurs droits.

On peut néanmoins, sans témérité, interpeller M. Cayol sur le titre de son journal, le mettre en demeure de justifier *des progrès* qu'il a imprimés à la *médecine hippocratique*, et lui porter le défi d'en citer un seul.

Tout progrès s'accomplit au moyen d'une idée générale ou d'une affirmation de l'esprit, émise dans le but de combler une lacune et de satisfaire aux besoins évidents d'une science.

Cette idée, pour avoir le droit de prétendre à combler cette lacune et à satisfaire ces besoins, doit réunir plusieurs conditions.

En la prenant pour point de départ, on doit pouvoir descendre logiquement jusqu'à la loi morale, et remonter logiquement aussi au dogme qui engendre et consacre cette loi. Et non seulement une telle idée ne doit être en contradiction ni avec l'un ni avec l'autre; mais de plus, elle doit servir à rendre la vérité de l'un plus accessible et plus lumineuse, et la pratique de l'autre plus sûre et plus étendue.

Il faut, conséquemment, qu'elle ne heurte aucune des vérités immuables et non contingentes, aucune des existences et aucun des rapports généraux qu'impliquent et rendent nécessaires l'intelligence et l'accomplissement de la LOI MORALE (*A*) (1).

En un mot, avant de mériter un examen et une vérification, elle a à subir l'épreuve

(1) M. le docteur Pidoux nous prie d'insérer la lettre ci-dessus.

(1) Voir les notes à la fin de la lettre.

de deux juges placés au-dessus de la science naturelle et qui en sont parfaitement indépendants puisqu'ils la produisent, qu'elle les suppose et qu'elle n'aurait, sans eux, ni point de départ, ni but, ni moyen d'être démontrée vraie ou fausse.

Ces deux principes de certitude sont la morale et le dogme (ou les vérités générales), qui peuvent, en définitive, être réduits à un seul, la LOI MORALE; car cette loi suppose, pour être comprise et pratiquée, la série des vérités générales dont l'ensemble forme l'enseignement dogmatique.

En outre, la conception de l'esprit qui doit donner naissance à un progrès, a une autre condition à remplir.

C'est de tenir compte et de résumer tous les progrès antérieurs sanctionnés par le *criterium* absolu que je viens d'indiquer; de fournir un aliment nouveau et de poser des buts inconnus auparavant à l'activité scientifique; de rendre possibles et de laisser entrevoir des progrès ultérieurs en harmonie avec la fonction que la loi morale et le dogme assignent aux êtres qu'embrasse la science dont on s'occupe; et ainsi de n'être pas entachée du vice d'innovation et de rationalisme.

Je pourrais démontrer que cette condition est tacitement renfermée dans celle qu'exige le *criterium* universel.

J'aurais pu aussi m'abstenir de la mentionner pour le cas particulier que je me propose d'examiner. Je ne l'ai signalée que dans l'intérêt de la question générale, et pour amener à résipiscence, s'ils réfléchissent encore, tous les monomaniaques qui veulent tirer de leurs lobes antérieurs le verbe et le progrès; car l'un s'accomplit par l'autre.

Il est bien encore d'autres exigences auxquelles on est forcé d'obéir quand on émet une idée générale dans le but de répondre aux besoins d'une science, et d'y réaliser un progrès. Je les passe sous silence, parce que je ne traite pas cette matière, et que je ne veux prendre acte que de ce qui m'est spécialement utile.

Je dois ajouter que l'idée ou la conception générale, mère d'un progrès, n'a atteint son résultat et donné ses conséquences pratiques, que lorsque les recherches qu'elle a commandées, les expériences et les observations dont elle a été le principe, sont venues rigoureusement prouver qu'elle cessait d'être une opinion ou une hypothèse, et qu'elle pouvait prendre définitivement sa place parmi les vérités philosophiquement démontrées et désormais applicables aux besoins dont elle était née.

Ainsi, pour me résumer, tout progrès suppose :

1° Une idée nouvelle qui ne nie pas les vérités antérieurement acquises, et qui ait reçu d'un principe de certitude, placé hors de l'individu et supérieur à lui, la sanction de sa légitimité spéculative;

2° Des recherches expérimentales, des observations nouvelles destinées à confirmer sa valeur théorique par la démonstration de sa vérité pratique;

3° Une formule scientifique ou une loi acquise à l'humanité, en ce sens qu'elle l'enrichit d'une prévoyance et d'une pratique plus sûres et plus étendues, tout en lui laissant un espace pour des progrès ultérieurs, et en fondant le terrain propre à supporter de nouvelles inventions et des vérifications nouvelles.

En vertu de ces principes, demandons de suite à M. Cayol, quelle est et où se cache l'idée générale nouvelle à l'aide de laquelle, édifiant sur l'hippocratisme comme base, il a donné naissance à un progrès physiologique et médical.

Suspecter gratuitement la bonne foi de M. Cayol, est une indignité qu'il n'a pas à craindre de moi. D'ailleurs, ce serait l'imiter..... Je dois donc lui supposer assez de franchise pour me permettre de préjuger sa réponse, et d'avouer avec lui, qu'il n'a rien ajouté au *naturisme hippocratique*, et que, tout en le ressassant avec le mérite d'une certaine clarté (plus vulgaire que puissante), il n'a su et n'a pu nécessairement, pour le rendre *plus voyant* et plus agréable, que l'amaigrir et le décolorer, comme fait le grattage à nos vieux monuments.

Me taisant sur Van-Helmont et sur Stahl, des œuvres originales de qui il serait possible de dégager les germes et les conditions d'un progrès réel pour les doctrines vitalistes, je ne parlerai que de Sydenham; Sydenham tant cité, si peu connu! et je m'en tiens à lui comme à l'auteur du plus beau et du plus fidèle développement de la pensée hippocratique.

Or, quand on a compris toute l'abondance de sa simplicité et toute la variété de son unité; quand on s'est assimilé les conséquences doctrinales et cliniques si saines que son génie pratique a su recueillir du principe physiologique et de la méthode qui convenaient si bien à la nature de son esprit tout à la fois humble, droit et élevé, je vous prie de me le dire, et j'en conjure M. Cayol, quel larcin peut-on faire à la *Revue Médicale*, et que lui redoit-on?

Mais, il y a dans Sydenham plus d'idées hippocratiques qu'il n'en faudrait pour excéder cinquante têtes comme celle de M. Cayol, et défrayer autant de journaux plus vivaces que le sien!....

Loin donc d'avoir développé complétement le naturisme hippocratique *tel qu'il existe* et d'en avoir de nouveau semé, cultivé et ramassé, sur le terrain de notre science moderne, les fruits déjà anciens, M. Cayol les a laissés se sécher et se perdre, tout en célébrant depuis vingt ans, avec une fidélité qui l'honore, l'arbre séculaire qui les a portés.

M. Cayol, pour anéantir ce jugement, n'a qu'une chose à faire :

C'est de citer une seule idée nouvelle, un seul argument implicitement contenu dans le

naturisme hippocratique et qu'il en ait logiquement déduit; un seul rapport secondaire entrevu et fécondé par lui; une seule des découvertes modernes qu'il ait philosophiquement rattachée à cette doctrine; enfin (car je ne peux plus lui demander un progrès), le montant de son autorité sur les esprits ou le nombre et l'avenir de ses successeurs.

J'attends tranquillement sa réponse, et je passe outre.

Ainsi, absence totale d'une idée nouvelle, quelque mince qu'elle soit, indigence même, si on prend pour terme les richesses hippocratiques amassées par Sydenham et l'école de Montpellier, et que M. Cayol a négligées pour un motif ou pour un autre : partant, pas de progrès, pour ne rien dire de plus; après tout, impossibilité de ma part d'avoir commis un plagiat envers M. Cayol.

Mais on peut et on doit s'attendre de sa part à la réponse suivante..... ou à peu près.

« Il est vrai, et je n'éprouve aucun embarras à en convenir, je n'ai pas accru *d'un iota* l'héritage de l'hippocratisme classique, et je me glorifie d'en avoir servilement gardé les sentiers battus. J'aurais pu, dites-vous, les élargir, et qui sait? arriver par eux aux régions du vitalisme de la vraie vie, de la vie qui est lumière, si j'avais médité les œuvres de Van-Helmont, de Stahl et de quelques divins penseurs dont les noms sonneraient mal ici. Mais, monsieur, tout cela n'est, vis-à-vis de la vérité hippocratique, qu'excentricité, schisme et dangereuses illusions.

« D'ailleurs, je ne comprends pas Van-Helmont. A quoi bon sa foi vivifiante? Qu'ai-je besoin de sa philosophie catholique, de son aversion pour les méthodes et la science païennes, de ses hardies explorations dans l'enceinte sacrée des causes efficientes, etc., etc...?

« Les intentions *spiritualistes* de Stahl m'ont embrouillé l'intelligence, et je n'y ai vu aucun rapport avec la science *de l'homme*. Si j'avais pu finir par pénétrer son obscurité et *sa phraséologie nébuleuse*, j'aurais craint de conclure que la *force vitale* et l'organisme sur lequel elle est montée en personne, ne sont pas faits l'un par l'autre et l'un pour l'autre, conclusion trop peu *naturelle* pour un hippocratiste pur et sans tache.

« Il y a bien encore les fameuses *notes* de M. Récamier, dont vous ne parlez pas et que pourtant, à ce que je vois, vous avez en haute estime. Mais je crains qu'il n'ait rêvé toute cette quintessence de distinctions qui s'évanouissent en pratique devant le grand fait de la réaction vitale. Les phénomènes nerveux sont bons en physiologie. La nature, telle que je l'enseigne, sait s'en passer pour la coction et les crises, que le système nerveux ne fait au contraire que troubler et suspendre Que serait devenue, entourée de la rebutante nécessité d'études aussi profondes, la simplicité et l'abord facile de mon hippocratisme mis à la portée de tout le monde? Au surplus, soit dit entre nous, ce livre est pour moi une indéchiffrable énigme; j'y ai perdu mon esprit sans y trouver autre chose, et je déclare, quoi que vous en pensiez, que c'est l'œuvre d'un..... esprit bizarre, brouillon et égaré. Tel est, du reste, le sort de toutes *les fortes têtes qui ne veulent pas passer par mes formules*.

« En définitive, si je n'ai pas dilaté le naturisme hippocratique, c'est qu'il est la vérité complète et absolue sortie de la Grèce cinq cents ans avant l'ère chrétienne; qu'il donne *par conséquent* le dernier mot de la physiologie humaine, et que le seul devoir est désormais de le conserver et de le garantir de tout envahissement et de toute alliance. La vérité en elle-même, monsieur, n'est pas susceptible de progrès; elle ne demande qu'à se répandre et j'y travaille de toutes mes forces. Le naturisme hippocratique est cette vérité en médecine. Immuable donc comme le vrai, il ne peut et ne doit qu'être plus connu, etc. »

Ceci est une autre question.

Ce n'est pas sans intention que plus haut, après avoir dit par quoi s'opère un progrès, j'ai pris soin d'assigner quelles conditions une conception de l'esprit devait réunir pour atteindre un tel résultat. C'est le cas de nous les rappeler. Pour ne pas perdre de temps, j'y renvoie.

Or, quelle sanction le *criterium* absolu proposé plus haut peut-il donner à une doctrine qui laisse croire que la vie est à elle-même son principe et sa fin; — que l'homme n'est qu'un organisme borné à des opérations d'assimilation et de désassimilation, un vrai polype enfin, tant dans l'ordre physiologique que dans l'ordre pathologique; — doctrine dans laquelle on ne voit pas à quoi peut servir le système nerveux, si ce n'est, comme je l'ai fait sentir plus haut, à bouleverser et enrayer les opérations vitales communes, et à inquiéter et contredire les naturistes dans leur système qui, *commençant au rebours l'étude de la vie*, se trouve forcément arrêté à moitié chemin?

Je n'entreprendrai pas de développer cette dernière proposition. Celui qui aurait la force de le faire dignement pourrait, à plus juste titre que Van-Helmont, inscrire en tête de son œuvre : *Ortus medicinæ novus*.

M. Cayol a beau dire qu'il ne considère ainsi *que les phénomènes matériels de la vie*. Je lui répondrai d'abord, que la vie, même animale, n'a que des phénomènes matériels. Je lui ferai remarquer ensuite, que cet isolement arbitraire, tout permis qu'il soit, ne l'est toutefois que lorsqu'on ne veut étudier que les phénomènes en question, et qu'il cesse de l'être quand on considère l'homme comme sujet de la médecine, qu'on défend un système et qu'on pose les généralités de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Dès ce moment il est interdit, par notre principe de certitude, de scinder l'homme, qui, après tout, n'est pas un corps par-

ci, une âme par-là, mais une âme servie par un corps. Si les médecins considèrent l'homme autrement, que restera-t-il donc aux vétérinaires?

Oui, je le répète, il s'agit en médecine de l'homme et non pas d'une partie de l'homme. Malade, il ne se sépare pas en deux. — Médecin, vous devez le prendre tel qu'il est. Sans la partie que vous négligez, que signifie encore une fois le système nerveux? Est-ce donc si peu? Pour vous, il ne peut plus être qu'un embarras, un témoin importun qui réclame contre votre triste systématisation, une création sans but et ennemie de *la nature*, etc.... Aussi, je vous défie de classer les névroses dans votre nosologie, d'accorder avec elles votre définition de la maladie. A plus forte raison, en sera-t-il ainsi des maladies mentales. — Indiquez-moi aussi, je vous prie, la place des cachexies, des asphyxies, des flux symptomatiques, des hydropisies, etc. Vous devez le sentir vous-même : il vous manque quelque chose que vous ne trouverez jamais dans le naturisme hippocratique tout seul. Il y a là l'occasion d'un progrès vaste et urgent que vous n'accomplirez pas sans sortir de la Grèce. Quand on quitte l'ordre des synergies qui concluent aux fonctions végétatives, le terrain hippocratique manque sous les pas de l'observateur. (Il craque même bien souvent alors qu'on ne le quitte pas.) Cos et Montpellier sont forcés dès lors à confesser leur insuffisance. Que ferez-vous de plus que cette dernière école? Elle a su tirer de l'idée d'Hippocrate tout ce qui y était contenu. De plus, elle y a joint le développement de plusieurs points de vue propres à Galien. Ensuite, elle a une méthode à elle particulière, tandis que vous ne nous offrez rien de ces avantages importants. Peu d'écoles ont accompli aussi glorieusement une si grande tâche : mais son but d'activité est atteint, sa fonction cesse. Des hommes lui seraient donnés plus forts, si c'est possible, que ceux qui l'ont immortalisée, que, bornée au développement du dogme qu'elle a épuisée, elle ne pourrait que se répéter d'une manière plus ou moins brillante. Dans les dernières pages tombées de la plume de l'illustre professeur Lordat, cette école a exhalé le chant du cygne. Ces leçons, d'un sens si profondément exquis et fin, semblent même déjà, tout en défendant et purifiant les croyances fondamentales de l'école, accuser dans l'esprit de l'auteur quelques ombres de scepticisme et quelques désirs ou de vagues besoins d'un vitalisme plus large. Fort de quelques distinctions galéniques très précieuses, saisies avec une rare sagacité, il a bien semblé une fois toucher le seuil, mais la porte ne lui a pas été ouverte, parce qu'il n'a pas frappé comme il est enseigné.

Prenez garde! et ne vous plaignez donc que prudemment et à voix basse de l'indifférence de la génération médicale moderne pour le naturisme hippocratique. Qui vous dit, que si elle a si peu de foi, ce n'est pas parce que vous n'en avez pas assez?.....

Certainement, la doctrine hippocratique, au su ou à l'insu de son auteur et de ses propagateurs, est redevable de son principe à la philosophie des causes finales. Et voilà justement l'inconséquence. La philosophie ou la méthode sont excellentes et supérieures. L'application qu'on en a faite à l'étude de la vie, est entièrement fausse et contradictoire.

Cette philosophie qui interdit à l'esprit l'étude des essences et prescrit seulement celle des rapports ou des lois, puisque l'homme, être *relatif*, ne peut et ne doit connaître que des *rapports*, cette philosophie, dis-je, qui condamne d'un même coup le matérialisme et le panthéisme, n'a de sens et rigueur que lorsqu'on considère la fin d'un phénomène, d'un fait, d'un être ou d'une classe d'êtres, comme leur cause efficiente; et voilà précisément ce que signifie *cause finale*, c'est-à-dire *fin qui est cause*, ou *cause qui naît de la fin*, ou qui est renfermée dans la fin et déterminée par elle; car un fait a sa raison ou sa cause efficiente dans sa fin. Personne ne peut le nier.

Quand on adopte cette méthode, il faut donc ne pas l'appliquer à demi. Si elle donne tout ce qu'on lui demande, elle ne donne non plus que ce qu'on lui demande. Demandez-lui donc la raison ou la fin dernière de la vie, et elle vous la dira comme elle vous a dit sa fin immédiate et prochaine. Votre tort est de ne lui avoir demandé que cela.....

Pour étudier et connaître la vie, il est nécessaire de descendre de sa fin à ses moyens ou à ses instruments. L'organisme, dont s'occupent la physiologie et la médecine, n'est que le moyen ou l'instrument d'une fin dernière au point de vue de laquelle il a été formé et coordonné. Cette fin, c'est la vie, la vie par excellence, la vie qui ne meurt pas !.... Comment la vie pourrait-elle avoir pour fin la mort ?.... Ce mouvement que nous, médecins, nous observons dans les corps organisés, ce mouvement éphémère n'est pas la vie, car la vie c'est la substance qui fait vivre. Ce mouvement passager imprimé à la matière ne peut plus être dès lors qu'une modification temporaire, un phénomène transitoire *commandé* et entretenu par la *volonté* de celui qui a créé la vie et ne l'a placée un instant dans le monde que pour qu'elle pût mériter, en le gouvernant *selon la justice et l'équité*, de vivre au delà, d'une vie immortelle. *Finis creationis est gloria Dei ex opere naturæ per hominem solum.* (Linné.)

Or, c'est là que j'abandonne le vitalisme hippocratique, et M. Cayol va voir pourquoi.

L'organisme et sa force vitale n'est pas la vie, puisqu'il meurt.... Toute activité est immortelle; le contraire serait un non-sens absurde et insoutenable. Ce qui meurt n'est donc pas la vie. Qu'est-ce donc qu'un organisme vivant, puisque mourant il n'est pas la vie? C'est une portion de matière modifiée et mue par *des lois* qu'on nomme et qu'on

doit nommer vitales, car elles sont faites *pour la vie, au point de vue de la vie, à cause de la vie, ont la vie pour fin, mais ne sont pas la vie.* Ces lois passent, mais la vie ne passera pas.

Ces derniers mots articulent brièvement et fortement la différence infranchissable qui sépare mon vitalisme de celui de M. Cayol.

Dans cette doctrine, on est obligé d'attribuer à une force substantielle ou à une activité, les phénomènes que présentent les organismes vivants, végétaux et animaux. Voilà ce qui a discrédité et ruiné le vitalisme ; voilà ce qui, aujourd'hui encore, en éloigne tous les esprits. L'école de Montpellier a plié sous le faix de cette difficulté; Barthez en a été écrasé; Bichat l'a éludée; mais éviter n'est pas vaincre.

Au contraire, l'esprit se fait sans peine à l'idée d'*une loi* imprimant un mouvement, commandant et conservant un phénomène. Chaque jour, il accepte cette formule et ce fait, parce que chaque jour, dans l'ordre des choses sociales, il faut qu'il les reconnaisse et les subisse. Tout dans les sociétés et parmi les hommes marche et s'accomplit par des lois. Qu'est-ce que ces lois sociales, civiles, pénales, etc?.... Des ordres de ceux qui gouvernent les hommes et les sociétés. Qu'est-ce que des lois naturelles, physiques, vitales, etc.?.... Des ordres, *jussus*.... de qui?.... De celui qui gouverne la nature.... de Dieu. *jussus Dei.*

Mais, ces ordres de Dieu, ces lois, et dans le cas qui nous occupe, ces lois vitales, quel est leur objet?

D'établir dans la matière, sujet de l'activité, une série progressive de rapports et de fonctions qui la fassent graduellement passer de l'état inorganique à celui d'organisation animale parfaite, essentiellement constituée par un système nerveux au moyen duquel l'activité spirituelle puisse se mettre en rapport avec le monde dans le but que j'ai exprimé plus haut.

Pour atteindre ce résultat, savoir, la formation d'un système nerveux achevé, plusieurs lois ont été nécessaires. Elles sont empreintes dans la série végétale et animale, et récapitulées chaque jour dans le sein de la femme.

Leur étude et leur connaissance est l'objet de la physiologie. Par elles, la matière s'élève pour ainsi dire jusqu'à l'esprit, la passivité peut se prêter aux volontés de l'activité. Par elles et par celles du monde inorganique, la matière peut impressionner la matière, la nature peut venir comme s'imprimer en caractères merveilleux sur une page qu'on appelle cerveau, page impuissante à *se lire elle-même*, mais sur laquelle l'âme sait lire, quoi?. .. les œuvres de la vérité éternelle..... Pourquoi?..... pour la connaître, la vouloir, la suivre et ainsi l'atteindre et la posséder éternellement!

Telle est la vie. — Tels sont ses instruments terrestres! C'est au médecin que ceux-ci sont confiés. — Il ne peut les connaître et les diriger qu'en connaissant leurs lois, et leurs lois que par leur but, puisque ce but est LA VIE elle-même.

Quel ravissement! et quelle physiologie, que celle qui enseigne ces lois, qui montre leur antagonisme et pourtant leur conclusion unique, précisément au moyen de cet antagonisme, — la vie végétative résultant d'une loi qui crée un antagonisme avec les lois de la chimie inorganique, — la vie animale résultant d'une loi qui crée un antagonisme avec les lois vitales végétatives et avec les lois du mouvement physique, — et enfin, la vie par excellence, la vie qui ne meurt pas, résultant d'une loi morale qui prescrit à une activité libre un antagonisme avec les lois de la vie animale (*B*)!

Et ce système nerveux, chef-d'œuvre et couronnement des lois vitales, comment ne pas reconnaître qu'il est fait pour l'âme, puisqu'il en représente et en sert toutes les facultés? Formé de trois portions très distinctes, l'une affectée aux appétits, l'autre aux opérations intellectuelles, l'autre à l'action, il est ainsi en rapport avec le désir ou l'aspiration qui précède toute connaissance, avec le raisonnement qui apprécie ce que le sentiment fait désirer, avec la volonté qui doit accomplir par des actes et des mouvements ce que le raisonnement a jugé conforme au sentiment. — Portion ganglionnaire, portion cérébrale, portion vértébrale, voilà la division naturelle de cet appareil, dont chacune des parties apparaît dans le règne animal selon l'ordre suivi par l'âme dans ses opérations. Que serait-ce, si je montrais la conclusion opposée des phénomènes de cet appareil dans l'animal et dans l'homme, par l'intervention de la loi morale révélée, flambeau de l'âme humaine, qui, à sa lumière, aspire à la vérité *au moyen* de la première portion de son système nerveux, la connaît au moyen de la seconde, et la pratique au moyen de la troisième, tandis que l'animal et l'homme-animal privés de cette loi, n'aspirent qu'aux jouissances matérielles, ne connaissent que la matière et ne servent qu'elle seule?

Et l'homme ne se contente pas de connaître les lois de ces choses: il voudrait en connaître l'essence? Lui qui ne peut connaître que par l'intermédiaire d'un organisme matériel, et qui est relatif, d'un côté, au monde par cet organisme, et, de l'autre, à Dieu par son intelligence, voudrait connaître plus que ses relations avec ces deux termes et les lois qui en sont l'expression!!

C'est pourtant à une pareille folie que conduit logiquement la méthode suivie de nos jours dans les sciences d'observation : au scepticisme ou à de misérables explications. Expliquer, c'est chercher la raison ou la fin d'un fait dans le fait lui-même. — Chercher avec ses sens, c'est supposer que la raison d'un fait est matérielle, car le matériel seul est accessible aux sens. — Ces deux pré-

tentions sont absurdes et choquent le sens commun autant que la loi morale, car la raison d'un fait ou sa fin ne sont jamais eu lui-même et ne sauraient être matérielles. — Inaccessibles à l'action des sens, elles sont donc immatérielles et ne peuvent être connues que par l'esprit. — La lumière de l'esprit, c'est la foi. — Pour comprendre il faut croire d'abord. *Nisi credideritis, non intelligetis.* Après avoir cru, il faut *vérifier* par les sens.— C'est le tour de l'observation.— Mais placer l'observation ou l'action des sens avant la croyance ou l'acte de l'esprit, c'est retourner la définition de l'homme, et au lieu de dire qu'il est une intelligence servie par un organisme, c'est dire honteusement, ou plutôt sans honte, qu'il est un organisme servi par une intelligence (1)!

Les naturistes hippocratiques parlent beaucoup de l'unité vitale. Dans leur bouche, ce n'est qu'un mot vide de sens. Jamais ils ne parviendront à concevoir, de leur point de vue, comment l'unité vitale peut résulter de l'antagonisme entre les fonctions végétatives et les fonctions nerveuses, antagonisme réel pourtant et exprimé par cette formule d'Hippocrate : *sanguis moderator nervorum.*—Cette opposition n'est intelligible que pour les vitalistes spiritualistes. Je regrette de ne pouvoir ici développer cette capitale et intéressante proposition, qui éclaire d'une lumière immense la pathologie et la thérapeutique. Mais j'ai le temps pour cela.

Voilà où mène le naturisme hippocratique quand on ne sait pas en sortir!.. Après l'avoir critiqué quant à la notion de la vie, voyons-le en deux mots, quant à la notion de la maladie.

Comment M. Cayol n'a-t-il jamais remarqué ce qu'il y a de singulier, pour ne rien dire de plus grave, dans sa définition de la maladie?

La maladie est une réaction accidentelle contre une cause accidentelle de trouble.

C'est une réaction de la vie ou de la force vitale, suivant M. Cayol. Or cette réaction vitale a pour but la conservation de l'organisme par la résistance qu'elle oppose à tous les agents nuisibles qu'elle repousse et élimine. Il y a là en effet un effort qui peut être salutaire.—On ne saurait le nier, et c'est bien mon opinion.

Mais s'ensuit-il, que la maladie ait pour but la conservation de l'organisme; — que la maladie soit par conséquent un effort salutaire ? .... La mort aussi, sans doute?..... puisqu'elle est l'effet de la maladie et que celle-ci est salutaire ! ! !

M. Cayol a été évidemment induit en erreur, en copiant Sydenham d'une manière un peu irréfléchie.

D'abord, Sydenham dit que c'est un effort de la nature, *conamen naturæ*, et non de la vie, ce qui constitue déjà une énorme différence. Ensuite, cet auteur, remarquons-le bien, quoiqu'il ait semblé dire cela de la maladie, ne l'a dit véritablement que de *la fièvre.* Sa définition se trouve en tête d'un livre sur les fièvres aiguës, et en ma conscience, j'aime à me persuader, bien que la lettre soit contre moi, que Sydenham, dans cette définition, avait plutôt en vue la fièvre que la maladie en général; et cela, d'autant mieux qu'il y a dans sa phrase, un certain *quantumlibet ejus causæ humano corpori adversentur*, qui me donne le droit de penser, que *ces causes* constituaient plutôt pour lui la maladie que ce *conamen*, surtout si je me porte à la phrase qui suit, et qui respire un sentiment qui aurait dû frapper M. Cayol. Enfin, ce premier alinéa de Sydenham est terminé par une idée profondément juste. Après avoir parlé des maladies fébriles et critiques qui justifient le mieux sa définition, il ajoute : *Potest et idem affirmari de plerisque aliis morbis perfectè formatis.* C'est vrai, car la fièvre aiguë et critiqne est le type d'une affection morbide *parfaitement formée.* Ceci est très-rigoureux; mais je ne puis que l'énoncer et ne saurais en développer tout le sens que si j'écrivais un traité de pathologie.

M. Cayol a donc confondu la maladie avec la fièvre, car j'accepte pour la fièvre sa définition de la maladie. Mais je ne souscrirai jamais à regarder la maladie comme un effort conservateur de l'organisme, ayant pour but de le préserver de la mort.

La maladie n'est pas plus une réaction que la vie. Comme le mouvement vital des organismes, la maladie résulte d'*une loi.*

M. Cayol me demandera peut-être d'assigner, comme je l'ai fait plus haut pour les lois vitales, le but de cette loi en vertu de qui la maladie existe.

Je croyais que M. Cayol ne devait pas avoir besoin de cet enseignement, et je n'ai pas la prétention de lui apprendre des vérités qu'il a connues avant moi. Il sait en effet qu'au commencement des temps, un ordre de mort a suivi l'ordre de vie, et que plus tard encore, a été donnée une loi de renaissance. — Physiologie, pathologie, thérapeutique.

M. Cayol a donc pris pour la maladie la réaction souvent conservatrice que la maladie détermine, l'effet pour la cause. On voit que la méprise n'est pas indifférente.

Hippocrate, que M. Cayol aurait dû imiter

---

(1) Ceux là se tromperaient grossièrement qui verraient dans ces idées sur la vie une réhabilitation de la doctrine de Stahl.

Le vitalisme que je propose est aussi éloigné de l'animisme de Stahl que du naturisme d'Hippocrate. Je n'admets pas dutout comme le premier que l'âme gouverne directement le corps, ni comme le second que le corps vive en vertu d'une force subtantielle qui n'est pas l'âme. Pour moi, l'âme se sert d'un organisme dont elle n'a pas fait les lois, mais dont les lois sont faites pour elle. Entre deux substances créées, *il ne peut y avoir* que des rapports établis et exprimés par des lois émanées de celui qui a créé l'une et l'autre.

en cela, avait une idée bien plus juste de la maladie. Pour lui c'était l'*état de l'incommode*, consistant en un mélange vicieux des humeurs, une crase défectueuse, ce que nous nommons aujourd'hui une diathèse. Certes, il était plus près de la vérité que l'auteur du Journal *des progrès de la médecine hippocratique*.

En voilà plus qu'il n'en faut, j'espère, pour établir la différence de mon point de vue et de celui de M. Cayol, — pour lui prouver qu'il n'a pas le droit de me demander un passe-port, ni de crier au voleur, car je ne suis pas chez lui : les chemins sont libres, surtout quand personne n'y est encore passé.

J'ai traversé l'hippocratisme, et cette doctrine m'a paru d'abord celle qui, jusqu'ici, coordonnait le plus de faits bien observés, et les coordonnait le mieux. Après quelques années d'exploration, j'ai vu qu'elle restait muette à une foule de questions de la plus haute importance, questions vitales, c'est bien le cas de le dire. Dès lors j'ai gravi avec foi et opiniâtreté; puis, sur le terrain solide et préalablement raffermi et élargi que cette doctrine m'offrait, j'ai élevé mes croyances actuelles. Elles m'ont déjà donné plus que je ne pouvais en attendre. Mais je sens qu'elles me promettent bien davantage. Je n'ai eu dans cette lettre ni l'intention ni la prétention de les exposer et de les démontrer. J'ai encore besoin pour cela d'abord du temps, ensuite d'observations et de méditations que rien ne lassera. La science moderne est si riche de procédés d'investigation et de méthodes secondes, que les travaux de vérification doivent marcher vite avec de tels auxiliaires. Sa chimie et son microscope peuvent nous rendre sous ce rapport d'importants services. J'en suis si convaincu, que j'irais presque (et je n'ose vraiment pas exprimer ce vœu) jusqu'à l'engager à si bien agencer ses instruments, qu'elle fût en mesure d'apprécier ce que peut être ce fluide incoercible et impondéré, séparé du sang par les nerfs, et qu'on nommait autrefois *esprits vitaux ou animaux*, aujourd'hui *fluide nerveux*, *névrosité*, etc., et au moyen duquel l'activité spirituelle est unie au corps organisé et les fonctions animales aux fonctions végétatives..... Le propre du vitalisme spiritualiste est de pouvoir profiter et s'éclairer de toutes ces découvertes en les dominant, les jugeant, déterminant leur sens et leur valeur, les vivifiant enfin comme l'esprit détermine le sens de la lettre et la vivifie. Toujours observer, observer encore, non pas dans le but et pour le plaisir d'observer, comme on n'est que trop porté à le faire aujourd'hui, mais pour prouver *une vérité* et la rendre utile aux hommes.

Après cela, que les sceptiques se moquent, que notre foi les égaie, que tout ce qui est dévouement, et que seule la foi enfante, les étonne et les scandalise, cela ne nous dépite ni ne peut nous toucher, car nous regardons le sceptique comme un égoïste, et l'égoïste comme dépourvu de liberté morale.

Le travail qui a donné lieu dans la *Revue médicale* à une analyse de mon confrère et ami, le D. Cerise, que M. Cayol a cru devoir faire précéder de la note dont j'ai eu pour unique objet de me plaindre dans cette lettre, ce travail est très difficile à analyser et à juger, si toutefois même il est susceptible d'une analyse et d'un jugement parfaitement irréprochables. Il est le dépôt confus de mes anciennes et de mes nouvelles croyances; par conséquent, j'en conviens, un mélange d'erreurs et de ce que je crois la vérité. Seulement les premières y sont déjà en voie de transformation, et celles-ci n'y sont pas encore écloses. Il y a peu de points principaux de cette longue et pénible route qui ne soient marqués par une vérité se faisant laborieusement jour à travers une demi-erreur. C'est si vrai, et j'ai presque honte de le dire, que moi seul aujourd'hui suis capable de lire cet ouvrage, parce que moi seul sais ce qu'il signifie. Aucune, pour ainsi dire, des propositions que j'y reconnais comme vraies, ne l'est comme je sens maintenant qu'elle pourrait et devrait l'être. C'est qu'en commençant, je n'avais encore qu'un faible soupçon de ce qu'il deviendrait. Il y a dans ce livre un principe et une méthode dont je n'étais pas instruit à tirer toutes les conséquences. Mes erreurs viennent de mon inexpérience et non du principe. C'est au milieu de la route que j'ai aperçu l'un et l'autre et on ne peut pas exiger que d'abord je les aie maniés autrement que comme un écolier.

Je suis en vérité désolé que M. Cayol m'ait forcé à parler de moi. Certes, je n'en avais guère envie, et je ne l'ai pas cherché. Mon affaire est de travailler en silence. — Je ne suis plus pressé de produire. Chaque chose a son temps et M. Cayol a fait le sien. Il serait à souhaiter qu'en cette époque de dissociation et de doute, chacun s'attachât, comme il l'a fait, à la propagation d'une idée. Sous ce rapport, on ne saurait contester les services qu'il a rendus à la science, en consacrant son talent à la conservation d'une doctrine respectable, qui renferme à elle seule plus de vérités que toutes les autres doctrines qui ont successivement paru sur la scène médicale.

Ce que j'ai dit des défauts de mes recherches sur la fièvre et l'inflammation, et des difficultés, pour ne pas dire de l'impossibilité, d'en faire une analyse exacte et juste, n'a point pour but d'arrêter celle que veut bien en donner M. Cerise dans la *Revue médicale*. Placé maintenant au même point de vue philosophique que lui-même, je ne peux qu'appeler sur mon travail les lumières de sa saine et brillante critique. Puisse le ciel m'accorder toujours des appréciateurs aussi capables et aussi consciencieux!

Quant à M. Cayol, il peut continuer ses notes à l'analyse de M. Cerise. C'est son droit

comme c'était mon devoir de signaler sa méprise et l'injustice de ses revendications.

PIDOUX.

(*A*) Il pourra paraître étrange, que nous invoquions la morale et son dogme à propos de questions scientifiques. C'est que cette loi suprême juge tout, la science, les arts, etc., qui ne sont en effet, vis-à-vis d'elle, que des moyens dont elle est le but dernier. Or, en toutes choses, c'est le but qui mesure et détermine la valeur des moyens, comme je l'ai dit tant de fois dans les recherches à l'occasion desquelles M. Cayol prétend m'inquiéter.

Ce n'est pas à dire, que pour apprécier la valeur de toute idée, de tout fait scientifique plus ou moins particulier, il faille en appeler d'emblée à ce *critérium* universel et ultime. Non ! entre lui et les questions ou les faits propres à chaque science spéciale, il y a pour chacune de ces sciences, des *critérium* particuliers qui tirent, il est vrai, leur valeur et leur certitude du *critérium* universel et absolu que j'ai nommé, et dont sont, à cause de cela, immédiatement justiciables, si je puis ainsi dire, tous les faits et toutes les affirmations qu'embrasse cette science.

Ainsi, une idée quelconque est présentée en physiologie, comme devant faire le sujet d'expériences et d'une vérification, dans le but de dégager une inconnue dans cette science et d'y combler une lacune. Pour connaître si cette hypothèse est légitime et mérite d'être proposée *comme sujet d'observation et d'expériences*, il ne sera pas nécessaire de recourir de plein saut au *critérium* universel. Il y aurait une trop longue échelle de déductions logiques à dresser pour mettre l'une et l'autre en présence, et les esprits courraient risque de se fourvoyer dans cette difficile opération. Il faut donc, pour des questions de cet ordre, un *critérium* plus prochain et qui ne soit pas pris hors de la science spéciale elle-même, hors de la physiologie, par exemple, pour le cas que nous avons posé. Or, la physiologie étant la science de la nature humaine, ne mérite ce titre qu'autant qu'elle donne à son début des définitions et des généralités dont tout ce qui suivra ne devra être que le développement et la justification. Elle commence, par exemple, par définir *l'homme, la vie, l'organisme, l'animal, le végétal*, etc., etc....; et quant à ces définitions capitales et premières, elles ont bien la loi morale et son dogme pour *critérium*. Mais ensuite, les questions spéciales de physiologie, comme sont celles relatives à un point borné de cette science, telles que la circulation, les sécrétions, l'innervation, la génération, la respiration, etc.... celles-là ont pour *critérium* les définitions capitales citées plus haut, de même que tel point plus spécial encore renfermé dans les questions de sécrétion, d'innervation, etc...., a pour *critérium* les définitions particulières données de ces différentes fonctions, etc., etc.

Pourtant, on voit qu'en définitive, toutes, soit médiatement soit immédiatement, sont et peuvent être jugées par le *critérium* ou le principe de certitude universel à la juridiction duquel tout remonte ; de même que dans la justice des sociétés, le plus petit fait est soumis à un tribunal immédiat, spécialement compétent, mais dont les arrêts peuvent néanmoins, en suivant une hiérarchie déterminée, être révisés, confirmés ou annulés par une cour suprême qui juge toutes les autres.

Il en sera en médecine comme en physiologie. Toutes les idées générales auront dans cette science pour *critérium* la définition de la maladie, qui elle-même relèvera du *critérium* universel.

Cette définition jugera toutes les idées générales sur la fièvre, l'inflammation, les névroses, les cachexies, les altérations dites organiques; puis les hypothèses qu'on pourra proposer sur tel ou tel point de l'histoire de ces classes du cadre nosologique, devront elles-même ne pas nier les définition de ces divers états morbides déjà sanctionnées par celle de la maladie en général.

On voit donc, que si j'ai de prime abord nommé le *critérium* universel, c'est que je parlais d'un progrès *en général*, et que pour les questions capitales dont j'ai à m'occuper, telles sont celles de la vie, de l'homme, de la maladie, etc.... Je ne pouvais pas invoquer un *critérium* particulier ou moins général.

Pour ce qui regarde un fait, un résultat obtenu, une expérience, une médication, par exemple, son *critérium*, c'est la pratique médicale, dont à son tour le *critérium* est *la loi morale*, c'est-à-dire, l'aboutissant de toutes les pratiques, la pratique dernière, comme le dogme est la source de tous les principes, le principe premier. Entre ces deux termes, principe et fin ou dogme et morale, se place la science, moyen terme qui conduit de l'un à l'autre et recherche la série logique de tous les effets qui, découlant du même principe et se séparant un instant dans les spécialités et par les phénomènes, concluent à la même fin. Ainsi toutes les sciences ont un principe commun et une fin identique qui leur servent de *criterium*, quelle que soit la diversité des phénomènes que chacune embrasse. C'est comme si je disais qu'il n'y a qu'une vérité, une cause première, une seule activité absolue. *Divisiones verò gratiarum sunt, idem autem spiritus.*

Il est bon que la science sache ce qu'elle est, qu'elle avoue son principe et sa fin ; ses conditions de progrès et ses rapports avec la destinée humaine ; afin qu'elle ne soit pas exposée à se croire une souveraine indépendante et un moyen de satisfaire la curiosité de l'homme.

Cette méthode de comprendre la naissance et la réalisation d'un progrès, est précisément l'inverse de celle qu'on prône et qu'on pratique actuellement dans les sciences et surtout dans l'école médicale de Paris. Il est vrai qu'on ne s'est jamais rendu compte de ce qu'on faisait à cet égard. C'est vraiment bien la peine !

Chacun ne travaille-t-il pas pour son compte?... Ne fait-on pas bien son chemin et ses affaires sans se donner tant de mal et sans courir le risque d'acquérir, par des études sérieuses, des convictions importunes?.... Mais vos faits sont lettre close. — Votre statistique prouve tout ce qu'on veut, et ne prouve rien...—Raison de plus! Notre intention n'est pas de prouver quelque chose : c'est de nous prouver nous-mêmes.— Après nous, la fin du monde!...

(*B*) Je pourrais donner ici les formules de ces antagonismes progressifs dans les trois règnes de la nature et dans l'homme, telles que je les ai obtenues en appliquant la méthode uni-trinitaire au classement des attributs essentiels et des fonctions caractéristiques de ces quatre grandes coupes de la création. Mais livrer ainsi ces formules encore enveloppées de la rudesse native, sans avoir le temps d'en abattre les angles, d'en éclaircir les obscurités, et surtout de faire suivre leur concision presque algébrique d'une exégèse satisfaisante, serait un procédé non-seulement inutile, mais imprudent et dangereux. Tout ce qu'il m'est permis d'affirmer maintenant, c'est que l'idée de

finalité qui n'a été appliquée juqu'ici que d'une manière étroite et contradictoire (parce qu'elle n'a de sens dogmatique et moral qu'autant qu'elle est mise en œuvre par la méthode uni-trinitaire), est seule capable, en ce qu'elle est divine, de guider l'esprit humain dans les recherches scientifiques.

On voit bien quelques savants forcés d'adopter cette idée dans les études zoologiques, parce que là, en effet, elle éclate et arrache la conviction; mais c'est pour eux un accident et non une méthode, un fait particulier et non une loi universelle; et bientôt ils l'abandonnent en physiologie humaine, en botanique et surtout en physique et en chimie. Pourquoi cela? Je ne craindrai pas de le dire : parce qu'en physiologie humaine *on ne la veut pas*, et qu'en physique et en chimie *on ne la voit pas*. Je m'explique :

La vérité de cette grande idée, qui est tout à la fois une loi et une méthode universelles, apparaît avec d'autant plus d'évidence qu'on s'approche davantage des êtres créés les derniers, de ceux qui sont comme la fin et le couronnement de la création, parce qu'en eux cette idée se résume, se totalise et finit par recevoir en quelque sorte tout son accomplissement et toute sa justification. Elle se prouve alors elle-même d'autant plus qu'elle est plus près d'être réalisée, de la même manière que l'idée d'un artiste est d'autant mieux comprise qu'il touche de plus près à l'achèvement de l'œuvre qui doit la manifester. Voilà pourquoi elle se traduit si explicitement dans la physiologie des êtres qui forment les degrés les plus élevés de l'échelle, tels sont les animaux et l'homme. Si on l'admet chez les premiers, c'est que, d'une part, elle est irrécusable, et que, de l'autre, pour un esprit peu logique, elle semble n'engager à rien autre chose qu'à une opinion scientifique. Mais chez l'homme, il est facile de sentir que, sainement poursuivie jusque dans ses dernières conséquences, elle donne des conclusions dont l'égoïsme, l'orgueil et toutes les passions s'effraient; et comme l'homme est libre, il choisit le mal, qui, suivant les cas particuliers, est tantôt le principe et tantôt le fruit de cette erreur. Ici donc, une volonté perverse est la cause de cette trahison de la vérité qu'on admettait d'abord : *on ne la veut pas*.

Mais j'ai dit en outre que si on l'abandonnait dans les sciences physiques et chimiques, c'est qu'*on ne la voyait pas*.

En effet, là elle se révèle moins clairement que dans les actes propres à l'animalité, et cela se conçoit. Le règne inorganique ou minéral est la première assise de la nature, et le plan de celle-ci n'y est pas encore très-manifestement visible. Les phénomènes principaux et caractéristiques dont s'occupent les sciences qui ont ce règne pour sujet, telle est par exemple cette manifestation triple et unitaire à la fois, qu'on étudie sous les noms de calorique, électricité, et lumière, tous ces grands faits physico-chimiques ne revèlent leur finalité et leurs fonctions (pour me servir d'une expression trop exclusivement consacrée aux végétaux et animaux) qu'à celui qui les interroge avec une foi inébranlable dans l'infaillibilité de la méthode. Assurément, si on n'envisage pas les faits et les phénomènes de ce règne dans les rapports qu'ils ont avec les créations ultérieures (végétal, animal, homme), en tant que conditions d'existence et de manifestation de celles-ci, on ne voit en eux que, faits isolés rapprochements inféconds, harmonies partielles, dissociation, absence de finalité; et c'est là surtout que les savants présentent un triste spectacle, celui d'hommes consumant une activité immense et des facultés puissantes dans des travaux le plus souvent stériles, faute de la méthode et du flambeau qui en feraient jaillir des torrents de lumière et de vérité.

Quand chaque savant dans son domaine verra que, depuis le *fiat lux* jusqu'au *faciamus hominem*, tout phénomène physique, physiologique ou psychologique lui présente à rechercher deux termes et un rapport exprimé par une loi et concluant à une fonction; que cette loi (ou cet ordre de Dieu) a une liaison logique et nécessaire, prochaine ou éloignée avec tous les autres phénomènes de la nature; — que celle-ci n'est elle-même qu'un des termes de la création dont l'autre terme est l'*homme* et le rapport DIEU rapportant la nature à l'homme; — qu'entre la nature et Dieu, le rapport est l'*homme* rapportant la nature à DIEU; lorsque ce temps sera venu, l'esprit humain approchera de la VÉRITÉ.

P. S. — En relisant cette lettre, je crois m'entendre faire l'objection suivante par ceux, qui sans mépriser les questions générales sources de toute science comme de toute pratique et de tout art, ont pourtant encore quelquefois peur de la vérité et surtout des vérités qu'ils appellent spéculatives, parce qu'ils n'entrevoient pas nettement les rapports qu'elles ont avec les détails et les applications

« En supposant vraies les notions générales que vous venez d'exposer, quelles conséquences prétendez-vous en tirer pour la science de l'homme et surtout pour la médecine, pour la pathologie et la thérapeutique? Ne sont-ce pas là de pures spéculations, des vérités peut-être, mais sans profit pour l'art auquel, en résumé, tout doit être rapporté? »

Je ferai d'abord remarquer, que je ne sais pas ce que c'est qu'une vérité non pratique, sinon, une absurdité, une erreur, et une éclatante contradiction dans les termes eux-mêmes, une locution comme celle-ci : *Vérité qui n'est pas vraie!* J'ajouterai que plus un principe est général, plus une vérite est élevée et de premier ordre, plus ses conséquences pratiques et ses applications sont sûres et nombreuses. En sorte, que si on m'accordait, que les principes et les vérités que j'ai professés dans cette lettre, sont les plus moraux, les plus inattaquables et les plus élevés dont puisse s'occuper l'esprit de l'homme, j'en conclurais rigoureusement et sans avoir besoin d'autres arguments, que ces principes et ces vérités sont de tous les plus féconds et les plus riches en applications et en pratique. J'en conclurais avec fermeté, qu'en médecine, par exemple, ils devront engendrer une hygiène, une pathologie et une thérapeutique générales tout autres, enfin une clinique nouvelle comme eux-mêmes sont nouveaux dans notre science.

Non pas qu'à l'*instar* des systèmes bâtis sur une idée humaine, sur une conception du rationalisme ou de l'orgueil, ces principes nient et dédaignent tous les faits amassés, toutes les expériences, toutes les observations et toutes les vérités secondaires acquises par le travail des générations.—Ce n'est pas cela.—Mais ils ont la puissance de les coordonner autrement, de rendre la sience immuable dans ses principes, fixe dans ses points de départ, prévoyante dans ses *desiderata*, progressive dans sa marche, éclairée dans ses doutes, riche même de ses lacunes et certaine de son but qui est sa mesure et sa lumière.

Ceci ne serait qu'un *à priori*, qu'il aurait déjà une valeur suffisante pour mériter réflexion. Mais nous lui croyons, pour de bonnes raisons, une force d'*à posteriori*, une rigueur scientifique ca-

pable de satisfaire les plus difficiles. Nous croyons que ces principes qui peuvent effrayer l'esprit et faire d'abord reculer les hommes *positifs*, donnent plus positivement et plus logiquement la raison de tous les faits de notre science, qu'aucune des doctrines que le temps a vu et verra successivement naître et mourir. Ceci, je le répète, appelle l'observation moderne, la statistique et toutes les méthodes secondes, au lieu de les craindre; car personne ne connaît mieux que nous la nécessité de ces procédés de vérification, et ne compte plus que nous sur leur bienfaisante influence. Nous faisons, certes, plus de cas *des faits*, que ceux qui les chantent du matin au soir sans rime ni raison; et cela se conçoit : pour nous, ils prouvent un principe, ils servent une vérité, ils éclairent un doute et comblent une lacune connue, etc....Pour eux, ils ne font que s'ajouter sans se lier, que s'unir sans produire, que s'amonceler pour édifier la confusion et fortifier le scepticisme.

Dans les chaires, des professeurs sans foi, dans les amphithéâtres, des élèves sans espérance; dans les hôpitaux, des médecins sans charité. — Dans les académies, enfin, des discussion stériles; puis, une presse bavarde qui répète tout cela à un public ennuyé.—Voilà notre médecine.—Ai-je menti ou exagéré ?

Que si on me demandait, pourquoi je suis si affirmatif et si sûr de mes principes, je répondrais ! Parce que je ne les ai pas imaginés. — Parce que ce n'est pas la science qui les a faits, mais qu'ils sont avant et au-dessus de toute pensée et de toute science humaines. P.

MÉDECINE LÉGALE.

Appareil de Marsh.

Un procès récent a appelé l'attention sur l'appareil de Marsh, l'importance de cet appareil pour la médecine légale nous engage à insérer la notice suivante :

Il a été si souvent question de l'appareil de Marsh depuis quelques jours, qu'il nous a paru utile d'indiquer au moins sommairement le mode d'action de cet instrument, devenu aujourd'hui juge souverain dans toutes les questions d'empoisonnement par l'arsenic.

On sait que l'une des propriétés principales de l'arsenic est de former, avec l'un des éléments de l'eau (l'hydrogène), une combinaison gazeuse qui porte le nom d'hydrogène arsénique. Ce gaz, excessivement délétère, brûle lorsqu'on l'enflamme à l'air, tout comme celui qui sert à l'éclairage, et dépose par la combustion un résidu solide brun, une sorte de suie métallique qui est de l'hydrure d'arsenic. Si, après avoir allumé le gaz, on présente à la flamme un corps, un morceau de verre, par exemple, qui retarde la combustion, on voit se déposer sur le verre une zone concentrique d'arsenic métallique. En recevant la flamme dans un tube de verre de un à deux centimètres de diamètre, de quinze centimètres de long, incliné d'environ quarante-cinq degrés sur le jet, de manière à ne gêner que peu la combustion, on obtient, si le gaz produit contient de l'arsenic, 1° de l'arsenic métallique sur la partie du tube en contact avec la flamme; 2° de l'arsenic blanc ou acide arsénieux un peu au-dessus; 3° enfin, une notable odeur d'ail se fait sentir à l'extrémité du tube.

C'est sur ces diverses propriétés que se fonde le procédé que proposa, dès l'année 1836, M. James Marsh, et cette méthode, qui remplaça depuis cette époque les moyens au moins douteux précédemment employés pour découvrir l'arsenic dans des matières suspectes, valut à son auteur la grande médaille d'or de la société des arts de Londres.

Ainsi, former de l'hydrogène au sein même des matières soupçonnées, enflammer le gaz à la sortie de l'appareil, examiner les résidus de la combustion, c'est là tout le principe. Quant à l'appareil lui-même, au moyen duquel on opère ces réactions, il peut recevoir toutes sortes de formes, et, comme le remarque l'auteur, il se réduirait au besoin à une simple fiole à médecine, garnie d'un bout de pipe.

Cependant, lorsqu'il existe une grande quantité de matière, M. Marsh emploie un appareil un peu moins simple, mais fort semblable à celui connu des physiciens sous le nom de *lampe à hydrogène*, et des gens du monde sous celui de *lampe hydroplatinique*, et où l'on sait que l'on introduit de l'eau, de l'acide sulfurique et un barreau de zinc pour former de l'hydrogène. Lorsqu'on emploie cet appareil, il suffit de mélanger la matière supposée arsenicale avec l'acide pour que l'hydrogène dégagé contienne de l'arsenic s'il en existait dans le mélange. Cet effet a lieu quelle que soit la nature et l'abondance des matières mélangées, et la seule précaution à prendre est de les étendre d'eau si elles sont épaisses, et de les faire bouillir dans ce liquide pour qu'il dissolve le plus possible les matières arsenicales.

L'auteur affirme avoir obtenu avec cet appareil plus de cent zones bien caractérisées d'arsenic métallique, pendant l'espace de quelques jours, au moyen de un demi-centième de gramme d'arsenic dissous dans vingt-huit mille fois son poids d'eau, et l'expérience réussit aussi bien lorsque l'eau était remplacée par trois pintes de soupe, de bière, de vin, de café, etc. A l'aide d'un appareil plus petit, et que nous ne décrirons pas parce qu'il est basé snr le même principe, il a obtenu des zones métalliques distinctes lors même qu'il n'opérait que sur *une seule goutte* d'une dissolution arsenicale, qui ne contenait que la cent vingtième partie d'un *grain* (anglais) d'arsenic. Il parvenait également à démontrer la présence du poison en employant un demi-grain de sulfure d'arsenic, d'arsenic de cuivre ou de tout autre corps contenant l'arsenic.

L'appareil de Marsh, ou mieux son procédé, est donc d'une sensibilité véritablement excessive, et par l'effet même de cette

sensibilité, il pourrait conduire à des conclusions fort dangereuses pour les accusés. C'est de plus une arme à deux tranchants, qui, maniée par une main inhabile, pourrait devenir fatale à celui-là même qui l'emploie. Nous avons dit en effet que, par suite de la réaction de l'hydrogène sur les matières arsenicales contenues dans l'appareil, il se formait de l'hydrogène arseniqué. Or, ce gaz est l'un des poisons les plus subtils que nous connaissions, et la chimie, sans parler des arts industriels, compte déjà deux victimes de cette épouvantable combinaison. Gehlen, chimiste allemand, eut un jour l'imprudence en préparant du gaz hydrogène arseniqué, d'essayer de juger par l'odorat le moment où le gaz commençait à se dégager, et, quoique la quantité du gaz respiré, et conséquemment celle du métal qu'il contenait, dût être extrêmement petite, quoiqu'on lui prodiguât immédiatement tous les soins possibles, il mourut après neuf jours de souffrances inouïes, avec tous les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic. Malgré ce triste précédent, précisément le même malheur arriva, en 1837, à M. Bullocke, dans le cours de chimie fait à l'institut mécanique, à Falmouth. Il voulut préparer du gaz hydrogène arseniqué, en versant de l'acide sulfurique sur de l'alliage de zinc et d'arsenic. Pour que le gaz fût plus pur, il aspira l'air atmosphérique de la fiole; mais une petite quantité du gaz fatal s'y trouvait déjà mélangée, et il paya son imprudence de sa vie, après vingt-quatre jours de maladie.

Mais l'appareil, ou mieux le procédé de Marsh, peut conduire à des résultats dont il ne faut pas trop se hâter de tirer des conclusions. En effet, le zinc et l'acide sulfurique qu'on emploie pour former de l'hydrogène peuvent l'un et l'autre contenir de l'arsenic. Presque tous les zincs du commerce en contiennent, et l'on n'aurait point assez fait pour les purifier en les distillant; car, l'arsenic étant très volatil, il se sublime avec le zinc, et il est peut-être impossible de l'en séparer entièrement. Peut-être serait-il donc convenable, en général, de substituer le fer au zinc pour obtenir l'hydrogène. Mais l'acide sulfurique peut lui-même contenir l'arsenic. S'il faut en croire Vogel, l'acide sulfurique anglais concentré et préparé dans des chambres de plomb en contient toujours jusqu'à ce qu'il ait été rectifié, et il le contient à l'état d'acide arsénieux.

Enfin, la plus extrême prudence doit sans cesse diriger les experts appelés à décider les questions d'empoisonnements par l'arsenic; et, quand même ils seraient parfaitement assurés de la pureté complète des métaux et de l'acide sulfurique, ils ne doivent jamais oublier qu'il peut se trouver des circonstances extraordinaires par suite desquelles l'arsenic pourrait se mélanger à des boissons ou à des substances alimentaires quelconques sans qu'il y ait eu aucune tentative d'empoisonnement. Nous citerons une de ces circonstances, que nous trouvons relatée dans la *Bibliothèque universelle de Genève :*

Il y a quelques années que parurent à Paris des chandelles connues sous le nom de *Bougies de l'Etoile*, auxquelles leur beauté et leur prix modéré attirèrent bientôt une vogue populaire; mais des symptômes graves et alarmants survenus chez diverses personnes qui faisaient usage de ce mode d'éclairage, et une odeur particulière, analogue à celle de l'ail, que répandaient ces bougies lorsqu'on les éteignait, excitèrent l'attention de l'autorité. Le préfet de police fit faire une enquête par le conseil de salubrité, et il en résulta le fait singulier que les bougies dites de l'Etoile contenaient de l'arsenic qui y avait été introduit pour rendre plus combustibles les graisses saponifiées qui en formaient la base. Nous n'avons pas besoin de dire qu'on défendit péremptoirement l'usage de ces substances vénéneuses, et qu'on remplaça bientôt l'arsenic, dans cette fabrication, par quelque substance innocente. Cependant des expériences faites plus tard à Londres peuvent montrer quelles eussent été les suites déplorables de l'emploi de cet éclairage empoisonné, s'il n'eût été prohibé en temps utile.

Il fut constaté que chaque chandelle contenait environ quatre grains et demi (anglais) d'arsenic. En plaçant de petits animaux dans des chambres où l'on brûla quelques-unes de ces bougies, ils périrent tous empoisonnés. Enfin, ayant disposé, dans diverses parties des chambres, des vases d'eau distillée, dans le but de découvrir si les vapeurs arsenicales restaient dans l'atmosphère ou se précipitaient, il arriva que, après trente-six heures, l'eau donna des preuves évidentes qu'elle contenait le poison, et il fut établi que l'acide arsénieux dégagé par la combustion se condensait et retombait sur les divers objets qui garnissaient l'appartement. On frémit en pensant aux suites d'une accusation d'empoisonnement qui aurait pu surgir dans une maison où l'on eût fait usage, pendant un mois, par exemple, des bougies de l'Etoile, et l'on se demande avec douleur quel eût été le sort des accusés en présence des réactions que l'appareil de Marsh eût infailliblement données au milieu de ces circonstances étranges.

Le procédé de Marsh est donc un juré qui mérite toute confiance lorsqu'il déclare un accusé non coupable, mais dont les verdicts de culpabilité ne sont pas sans appel.

(*National.*)

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 5. — NOVEMBRE 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Observations pratiques sur l'emploi des bains et douches de vapeur dans plusieurs maladies; rhumatisme, arthropathies, certaines paralysies.

Au milieu des oscillations inévitables qui tantôt mettent en faveur, tantôt discréditent la plupart des agents thérapeutiques, les douches et les bains de vapeur ont partagé la destinée commune; parfois en grand honneur, ces moyens étaient regardés presque comme une panacée universelle, et, bientôt complètement délaissés, à peine formaient-ils un des accessoires les plus secondaires de l'hygiène.

Et cependant la vapeur d'eau constitue un moyen médicamenteux d'un emploi facile et souvent applicable; c'est une ressource précieuse dans une foule de cas où les remèdes internes ne pourraient être administrés, et souvent aussi une condition favorable, nécessaire même au maintien de la santé. A ces titres donc, l'action physiologique et les propriétés thérapeutiques de l'eau réduite en vapeur méritent l'attention du médecin et de l'hygiéniste.

De tout temps et chez tous les peuples la vapeur a été employée, sinon toujours dans le but de produire une médication, du moins comme moyen hygiénique; malgré cela, rien de bien précis, relativement surtout aux modifications éprouvées par les principaux organes et les principales fonctions, ne pourrait être rappelé ni consulté; car il faut tout d'abord convenir qu'on est loin de s'entendre sur les effets qu'on peut obtenir par l'administration des bains de vapeur. C'est le plus souvent un moyen empirique que l'on conseille, c'est moins que cela encore, un pis aller. Quand tous les moyens rationnellement indiqués ont échoué, on dit souvent: prenez des bains de vapeur, comme on dit quelquefois: allez à telle ou telle source d'eaux minérales. Les uns veulent une dérivation et ne comptent que sur cet effet dérivatif, les autres attendent beaucoup des propriétés émollientes, adoucissantes, et n'espèrent pas autre chose. Ceux-là songent à une action relâchante, et ceux-ci au contraire à un effet tonique ou excitant; il en résulte souvent que le but pour lequel ces moyens sont prescrits se trouve manqué ou dépassé, parce qu'on spécifie mal la nature de la médication qu'on veut obtenir.

Il serait bon, pour éviter ces erreurs, que l'action physiologique de la vapeur sur l'économie fût bien connue pour l'état normal, avant d'en venir aux applications thérapeutiques. Or, je l'ai déjà dit, les notions contenues dans les meilleures monographies, dans les traités généraux, les articles de Dictionnaire, etc., sont pour la plupart vagues et incomplètes.

On comprendra facilement, du reste, que l'action de la vapeur d'eau sur l'organisme soit un fait excessivement complexe, puisqu'il faut tenir compte: 1° de la présence du corps aqueux et de sa propriété d'imbiber, de pénétrer nos tissus; 2° de sa température; 3° de sa force de projection; 4° de la durée du contact; 5° de l'étendue de ce contact, etc.; 6° des modifications locales et générales éprouvées par les principales fonctions. (Et ceci ne se rapporte qu'à la vapeur aqueuse, les effets se compliquent lorsque d'autres corps réduits en vapeur, venant se combiner à l'eau, agissent en même temps qu'elle ou par son intermédiaire; sans parler des cas où ces substances sont employées seules, telles le soufre, le cinabre, etc.)

Je ne veux examiner maintenant que ce qui est relatif à la vapeur d'eau, et seulement du point de vue de la thérapeutique, d'une manière toute pratique. Son action doit être étudiée à divers degrés de température, car ces variations, la durée du contact, etc., donnent tantôt lieu à un effet émollient, sédatif, relâchant, tantôt déterminent une vive excitation. Nous pouvons cependant établir d'une manière générale que les bains et les douches de vapeur constituent un médicament essentiellement to-

nique et excitant; la peau qui reçoit le contact s'échauffe, rougit, s'imbibe et se gonfle; si la source de la vapeur est plus rapprochée et son contact plus prolongé, la chaleur devient insupportable, la rougeur plus vive, et l'on peut obtenir tous les degrés de la brûlure, depuis le simple érythème jusqu'à l'escarrification complète. Ce serait, pour le dire en passant, un moyen simple, expéditif et peu effrayant, de pratiquer une cautérisation instantanée, que de se servir d'un jet de vapeur aqueuse.

Au bout de quelques minutes, le pouls s'accélère d'autant plus promptement et à un degré d'autant plus marqué qu'une surface plus étendue est en contact avec la vapeur; il s'élève à 80, 90, 100, 120 par minute. Il en est de même, en proportion, pour la respiration. La langue se sèche, la soif devient vive, puis la sueur s'établit; mais ce dernier phénomène est surtout évident après le bain, quand la surface cutanée étant bien essuyée, on peut distinguer l'humidité due à la vapeur, de celle qui est le résultat de la sueur. Cette dernière est parfois très-abondante, surtout après le bain d'étuve; il n'est pas rare de voir plusieurs linges abondamment mouillés.

On observe momentanément une véritable congestion vers la tête, la face est rouge, les yeux brillants et saillants; il y a de l'anxiété précordiale, des palpitations, parfois une tendance marquée à la syncope. Tous ces effets sont exagérés quand on respire en même temps la vapeur, lorsque l'évaporation pulmonaire ne peut plus contre-balancer l'accroissement de calorique accumulé sur la peau.

La chaleur générale se trouve considérablement augmentée, il existe une sorte de pléthore artificielle instantanément produite cela seul donne à penser que certaines maladies, telles que l'anémie, la chlorose, et plus particulièrement les scrofules, pourraient être avantageusement modifiées par ces moyens, surtout si l'on joint à l'action de la vapeur l'heureuse influence du massage, des frictions, de la gymnastique.

Ce serait, il me semble, une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique, si souvent infructueuse, de ces affections.

Parmi les faits que nous rapporterons plus loin, on n'en rencontrera pas de relatifs à ces maladies, dans lesquelles l'atonie semble prédominer. Cela ne doit pas empêcher cependant de faire à l'état pathologique l'application de ce qu'on observe à l'état normal et d'essayer de déterminer momentanément une excitation, une pléthore artificielles et plusieurs fois répétées, dans des circonstances où cette médication semble rationnellement indiquée.

Toutefois, nous ne devons nous arrêter ici que sur les faits qu'il nous a été donné d'observer ou sur d'autres analogues recueillis ailleurs, quand les premiers nous manqueront, ou qu'ils exigeront une étude comparative faite avec d'autres éléments. Chargé pendant une année du service médical de la maison de santé des *Néothermes*, si riche, comme on sait, en appareils thermaux de toute espèce, abondamment fournie, surtout, de ceux destinés à l'administration des bains de vapeur, nous avons pu faire quelques remarques pratiques, recueillir un certain nombre de faits dont la thérapeutique pourra peut-être retirer de l'avantage. Ces faits et ces remarques, nous les avons sommairement consignés dans ce travail.

On ne saurait trouver dans le cadre nosologique une seule maladie dans laquelle les vapeurs n'aient été, sinon employées, du moins conseillées; mais si l'on recherche plus spécialement les affections dans lesquelles cette médication convient le mieux, on verra que leur énumération devra se borner au rhumatisme chronique et à ses diverses formes, aux contractures musculaires, aux fausses ankiloses, à quelques autres maladies des jointures; à certains cas de névralgies, à un fort petit nombre d'affections goutteuses; à quelques variétés de paralysie, enfin à certains cas d'aménorrhée.

Dans l'ouvrage si complet de M. Rapou, qu'on ne saurait trop consulter, on trouve réunies une foule d'observations comprenant presque toute la pathologie et relatives à l'efficacité constante de la méthode fumigatoire. Je ne saurais mettre en doute l'authenticité des faits qu'il rapporte; mais il y aurait, ce me semble, un grave inconvénient à donner trop d'extension à la valeur de ce puissant moyen thérapeutique, en en faisant avec Sanchez une panacée universelle; ce serait nuire à la généralisation de son emploi, que de vouloir l'appliquer universellement.

§ I. Il n'est pas douteux, par exemple, que, dans la plupart des phlegmasies aiguës, quel que soit leur siége, les bains de vapeur non seulement sont inefficaces, mais encore dangereux; on les a vus bien souvent augmenter la chaleur, la douleur, l'excitation locale, et en même temps produire un redoublement de fièvre et de réaction générale. Toutefois, il me semble qu'il y aurait à faire ici une distinction, celle de la cause. S'il est vrai, 1° que les bains de vapeur constituent un sudorifique puissant (ce dont on ne saurait douter) d'une action prompte et sûre; 2° que beaucoup de maladies ne résultent que d'une suppression de transpiration; 3° que le rétablissement de cette transpiration amène fort souvent la guérison, la maladie se jugeant par les sueurs, comme disaient les anciens; — on ne pourra raisonnablement mettre en doute *à priori* l'efficacité des bains et des douches de vapeur. L'expérience, si on l'invoque, vient se joindre à la théorie; Itard conseillait avec avantage les bains de vapeur dans l'hydrocéphalite chez les enfants; Chaussier les employait, à la Maternité, dans la pé-

ritonite puerpérale, et peut-être n'y a-t-on pas assez souvent recours de nos jours; il n'est pas jusqu'au tétanos (que ce soit ou non une méningo-spinite) qui n'ait été guéri par les bains de vapeur. M. Pétrequin a rapporté dans le bulletin de thérapeutique une observation fort remarquable sous ce dernier rapport (1).

Je n'ai pas vu, pour mon compte, employer la vapeur dans les maladies aiguës, du moins dans les cas d'une certaine gravité. Je dois dire seulement que les catarrhes pulmonaires, à leur début, les coryzas, les angines pharyngiennes, les courbatures disparaissent souvent avec une rapidité extraordinaire après un ou deux bains russes, ou un petit nombre de bains par encaissement; un seul suffit quelquefois. Momentanément tous les symptômes généraux et locaux s'aggravent, puis il vient une sueur abondante, une véritable détente, et tout rentre dans l'ordre. C'est une chose qu'on peut observer tous les jours aux *Néothermes*, et surtout aux époques de l'année où ces affections, plutôt catarrhales qu'inflammatoires, sont très-communes. Les habitants de la maison et ceux qui la fréquentent assidûment n'emploient pas d'autre moyen pour se débarrasser efficacement et promptement de ces légères indispositions qui, traitées par d'autres méthodes, ou abandonnées à elles-mêmes, n'ont souvent pas de fin: heureux les malades, lorsqu'elles n'amènent pas d'autres lésions plus graves, s'il existe d'autre part certaines prédispositions.

§ II. Parmi les moyens nombreux indiqués dans les traités d'ophthalmologie contre les maladies oculaires rebelles, nous ne devons pas manquer de citer les bains et douches de vapeur. M. Carron du Villards a le premier fixé l'attention sur ce point de pratique (2).

« Dans l'ophthalmie catarrhale des nouveau-nés, si la peau est sèche, froide, âpre, exposez, dit-il, l'enfant à la vapeur des plantes émollientes et sudorifiques, enveloppez-le dans des flanelles imprégnées de vapeur, et la peau reprendra ses fonctions...» « A une tumeur lacrymale enflammée, à une tuméfaction inflammatoire des paupières, idiopathiques ou suite de variole ou de tout autre exanthème, qu'opposerez-vous de plus rationnel, de plus actif que les douches de vapeur émollientes, résolutives, calmantes? Divers appareils portatifs ont été imaginés pour les administrer. Lorsque les inflammations de la conjonctive et de la sclérotique sont de nature rhumatismale ou goutteuse, on se trouve très-bien des bains de vapeur par encaissement à mi-corps.... On peut également employer avec d'immenses avantages les douches sur les extrémités inférieures. Cette médication constitue un révulsif excellent que l'on pourrait, au besoin, convertir en un puissant dérivatif, en suivant le procédé de M. Rapou, qui permette même de passer de la vésication simple à la cautérisation aqueuse, qui est tout-à-fait aussi active que la sèche et dont la douleur est dix fois moindre.» (*Loco. cit.*, p. 264.)

M. Carron du Villards cite entre autres faits l'observation suivante:

Obs. I.—Madame G..., demeurant à Paris, rue Godot, était depuis long-temps affectée d'engorgement chronique au grand angle de l'œil, comprenant les points lacrymaux, le sac, la caroncule et les paupières. Les collyres astringents, les pommades, les applications les plus innocentes provoquaient de suite un œdème inflammatoire. Je conseillai les bains de vapeur généraux et les douches locales; ce traitement fut administré en partie à domicile et en partie aux *Néothermes* En moins d'un mois il ne restait aucune trace d'engorgement.»

M. Rapou, dans son *Traité de la méthode fumigatoire*, parle également de l'emploi des vapeurs portées sur la conjonctive. Il indique aussi des appareils propres à les faire arriver dans le conduit auditif, dans la bouche, dans les poumons, etc.

Je ne doute pas que dans une foule de cas d'otite interne ou externe, on ne puisse avec de grands avantages faire arriver de la vapeur dans le tympan par la trompe d'Eustache ou le conduit auditif externe. Peut-être ce topique serait-il préférable aux injections liquides pour ramollir le pus et le mucus concrétés, et absterger exactement les surfaces ulcérées ou simplement enflammées du conduit auditif, de la trompe d'Eustache, du tympan. On sait qu'indépendamment des lésions locales qui déterminent leur sécrétion, ces liquides, et le cérumen lui-même endurci et accumulé, peuvent occasionner de vives douleurs et déterminer même des accidents graves, ainsi que l'a démontré M. Ribes (1).

Obs. II.—Dans un cas d'*otalgie*, sur lequel je n'ai pas d'autres détails, existant chez un enfant de trois ans, une douleur vive, sans rougeur extérieure, sans écoulement séreux ou purulent, disparut comme par enchantement à la suite d'une seule douche de vapeur émolliente; il sortit beaucoup de mucosités puriformes, comme si un abcès se fût crevé, me dit le père de l'enfant. Le malade se trouva guéri le jour même.

§ III. La laryngite chronique, simple, sans formation tuberculeuse, sans carie des cartilages, devrait, plus souvent peut-être qu'on ne le fait habituellement, être combattue par les douches de vapeur. Plusieurs mala-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1836, pag. 304.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1835, p. 262.

(1) Recherches sur l'usure du tympan et le désordre qui survient à quelques parties de l'organe de l'ouïe, par l'effet du cérumen épaissi dans le conduit auditif externe.

des traités aux *Néothermes* se sont fort bien trouvés des bains de vapeur à mi-corps dans des cas d'aphonie. Un de nos chirurgiens les plus habiles venait, il n'y a pas long-temps, recourir à ce moyen pour une irritation chronique du larynx, qui en a été, nous a-t-il dit, notablement amendée.

Obs. III.—Madame la comtesse de V..., atteinte d'une laryngite chronique avec douleur assez vive au niveau du cartilage thyroïde, altération dans le timbre de la voix, devenue rauque et presque cassée, fit usage, pendant quelque temps, et à plusieurs reprises, des douches de vapeur dirigées sur la nuque et la région antérieure du cou. Sous l'influence de ces moyens, aidés du séjour dans la température chaude des *Néothermes*, M. le D. Trousseau obtint chez cette malade une amélioration assez marquée.

Il est une variété de laryngite qui réclame d'une manière toute spéciale l'emploi des bains et des douches de vapeur, je veux parler de celle qui existe en même temps que des douleurs rhumatismales, ordinairement vagues, diffuses, le plus souvent anciennes. J'ai trouvé plusieurs fois cette coïncidence remarquable, et assez souvent pour croire qu'elle mérite de fixer l'attention. Elle est d'autant plus importante, ce me semble, qu'elle révèle à l'instant la nature de l'affection du larynx, et le point par lequel il est possible de l'attaquer. C'est l'élément rhumatismal qu'il faut combattre, les moyens en sont facilement trouvés.

Et, pour le dire en passant, peut-être a-t-on, de nos jours, trop complètement rejeté cette idée, que le rhumatisme joue un grand rôle dans la plupart des maladies ou désordres fonctionnels. On a trop localisé, trop matérialisé le rhumatisme, si l'on peut ainsi dire; je crois que la thérapeutique y a considérablement perdu. Sans doute que les médecins de l'école allemande exagèrent cette idée, surtout dans ses applications à la thérapeutique oculaire, mais il n'est pas douteux qu'on tomberait dans un excès plus à craindre encore, en la rejetant tout-à-fait.

Il ne m'a pas été donné d'observer des faits de ce genre où la médication par la vapeur aurait été convenablement et long-temps suivie. J'espère pouvoir remplir cette lacune à la première occasion.

J'ai trouvé dans les leçons de M. Chomel sur le rhumatisme le fait suivant, qui me semble d'une grande portée, et qui rentre tout-à-fait dans les cas spéciaux auxquels nous faisions naguère allusion.

Obs. IV.—« Un homme atteint depuis fort long-temps d'aphonie inspirait, par son état, de très-vives craintes, car on avait à soupçonner, suivant l'apparence, une phthisie laryngée, prélude ou plutôt simple travestissement de la phthisie pulmonaire. Il n'y avait point de crachats, il est vrai: mais le malade était excessivement amaigri, ce qui pouvait bien, à vrai dire, n'être dû qu'à la sévérité du régime. L'aphonie résista pendant trois mois aux sangsues, aux vésicatoires et à une foule d'autres moyens; enfin, au bout de ce laps de temps, on eut recours aux bains de vapeur, qui amenèrent la guérison en huit jours. »

» M. Chomel croit, en conséquence, n'avoir pas eu affaire en cette occasion à une phthisie laryngée, mais à un rhumatisme laryngien; il se propose d'observer à l'avenir avec le soin le plus minutieux les cas analogues que le hasard lui amènera, tant à l'hôpital que dans la pratique civile, car il regarde comme chose extrêmement probable, sinon démonstrativement prouvée, que le rhumatisme peut se porter sur le larynx (1). »

Je n'ai pas besoin d'insister sur les conséquences pratiques à déduire de ce fait, relativement à la thérapeutique; elles sont toutes naturelles. Si, comme point de science, il est important, sous le rapport de l'art il ne doit pas être perdu; c'est au tact médical de savoir distinguer les cas analogues, reconnaître les indications, et de faire un choix aussi heureux que judicieux de la médication. »

Obs. V.—Un de nos confrères et amis, praticien distingué et professeur dans une école secondaire de médecine, vint aux *Néothermes* dans le mois de février 1838, affecté depuis deux ans d'une laryngite chronique, coïncidant avec des douleurs rhumatismales aux épaules, dans le dos; il y avait une douleur cuisante dans la région du larynx, l'exercice de la parole et surtout les mouvements de déglutition l'augmentaient considérablement; du reste, pas de fièvre, un peu d'expectoration muqueuse. Les bains de vapeur firent disparaître d'abord les douleurs rhumatismales, sans amener la moindre amélioration du côté de l'organe de la voix. M. Récamier conseilla plus tard les douches sur la région antérieure du cou. Pendant quinze à vingt minutes, le malade recevait un jet continu de vapeur sur cette partie, la peau rougissait notablement, sa chaleur s'élevait en même temps, et bientôt il s'écoulait une sueur abondante. Au bout de quatre semaines environ la voix était plus forte, plus timbrée, la douleur moins vive; mais la guérison ne pouvait être regardée comme complète. Le malade ne voulut pas continuer le traitement plus long-temps, pressé de satisfaire aux exigences d'une trop nombreuse clientèle; les fatigues, inséparables de l'exercice de sa profession, l'action du froid et de l'humidité ont malheureusement, depuis cette époque, ramené deux ou trois rechutes.

Dans l'observation suivante la maladie était moins ancienne, moins grave : aussi le résultat du traitement fut-il beaucoup plus heureux.

Obs. VI.—M. de M..., de Bruxelles, fut atteint, dans les premiers jours du mois d'octobre dernier, d'une inflammation catarrhale aiguë, occupant toute l'étendue de la muqueuse respiratoire.

Quand la période d'acuité fut passée, je lui conseillai de prendre quelques bains de vapeur

(1) *Leçons de clinique médicale* recueillies et publiées par A.-P. Requin (*Rhumatisme et goutte*), tom. II, p. 391.

par encaissement; alors la voix était légèrement rauque, il existait de la douleur au niveau de la partie inférieure du pharynx, avec la sensation pénible d'un corps étranger à la gorge; il y avait un peu de toux sèche. Un petit nombre de bains suffit pour amender notablement ces symptômes, qui, à la fin de novembre, au moment où M. de M... quitta les *Néothermes* avaient cessé complètement.

Je dois faire remarquer que, dans ces cas, les bains de vapeur sèche, de vapeur sulfureuse, etc., augmentent presque toujours l'irritation locale, la sensation pénible qui accompagne la déglutition et la sécheresse de la gorge, dont se plaignent presque toujours les malades; un bon moyen de les faire cesser consiste à diriger la vapeur dans la bouche, à l'aide d'un tube étroit, et convenablement fixé sur l'appareil à douche. Il est fort rare que les malades ne se trouvent pas bien de ce contact et de l'action de la vapeur sur les régions antérieure et postérieure du cou.

Obs. VII.—Une dame âgée, traitée en 1835 par Bennati, avait une extinction de voix complète, avec sécheresse et douleur vive au larynx. Les bains de vapeur sèche, sulfureuse, augmentaient les accidents, tandis que les douches de vapeur émolliente, dirigées dans l'intérieur de la bouche et sur le larynx amenèrent seules du soulagement. Je n'ai pas eu de renseignements ultérieurs sur l'état de cette malade, qui venait de chez elle prendre des douches aux *Néothermes*.

Il faut, dans ces cas, admettre une action différente de la révulsion; car les vapeurs excitantes seraient, pour déterminer cette révulsion, bien plus efficaces que la vapeur simple ou émolliente. Faut-il reconnaître une action spéciale, ou bien une modification, une sédation qui s'étendrait de proche en proche de la peau au larynx? Je serais disposé à admettre cette dernière hypothèse, en prenant surtout en considération la position si superficielle de l'organe de la voix.

Le *traité de la méthode fumigatoire* renferme plusieurs observations de laryngite à divers degrés, traitées avec succès par les vapeurs simples, aromatiques, ou même sulfureuses.

Obs. VIII. — Une jeune danseuse, obligée par état d'être légèrement vêtue dans toutes les saisons, et d'avoir habituellement la poitrine et les bras presque nus, prit la voix extrêmement rauque et voilée, sans autre symptôme d'irritation du larynx. Cet accident, après avoir résisté pendant plus d'un an à tous les adoucissants imaginables, a cédé à l'usage des vapeurs continué pendant un mois (1).

Dans la première et la seconde observations, relatives toutes deux à des laryngites chroniques plus anciennes, on obtint un semblable résultat; toutefois le traitement fut un peu différent. On combina les évacuations sanguines locales avec l'action des bains de vapeur sulfureuse, aromatique, les douches de vapeur, etc. (Pages 293 et 294.)

M. Rapou ajoute, comme réflexion générale : J'ai donné des soins à beaucoup de personnes atteintes, soit de catarrhes décidés de la muqueuse du larynx, de la trachée ou des bronches, soit d'une simple disposition de cette membrane aux surexcitations, et qui se sont toujours parfaitement bien trouvées de l'usage des vapeurs. A cet état pathologique, presque constamment lié à une diminution, à une altération quelconque des fonctions de la peau, on ne peut opposer de moyens plus rationnels et plus efficaces que les bains et douches de vapeurs. (*Loco. cit.*, p. 296.)

§ IV. *Rhumatisme.*— L'usage des vapeurs dans le rhumatisme remonte à une époque très-reculée. Bien long-temps avant qu'on ne connût les bains par encaissement, on soumettait les malades atteints de douleurs à l'action des fumigations générales ou bains d'étuves. En Russie, en Finlande, en Angleterre, dans une grande partie de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie, et notamment à Naples, pour ne parler que de l'Europe, on a exclusivement adopté cette méthode. On lit, dans l'*Encyclopédie méthodique*, la description de l'établissement des bains de vapeur élevé dans l'hôpital de Nottingham pour le traitement des affections rhumatismales. Ténon, Claude de Strasbourg, MM. Tryaire et Jurine ont imaginé dans le même but des appareils plus ou moins ingénieux. Dans ces derniers temps, tous ceux qui se sont occupés des bains de vapeur et d'en perfectionner l'administration, ainsi que tous les médecins qui en savent apprécier les effets, placent le rhumatisme dans le nombre des maladies auxquelles ce genre de secours est plus spécialement approprié. (Rapou, t. I, pag. 315.)

C'est principalement dans cette affection que j'ai vu employer et que j'ai prescrit moi-même les bains et les douches de vapeur pendant mon séjour aux *Néothermes*. C'est dans cette affection aussi que j'ai vu ces moyens surtout réussir. Toutefois, je ne les ai pas vu mettre en usage dans beaucoup de rhumatismes aigus, si ce n'est dans quelques cas fort peu graves auxquels je ne pense pas qu'on doive attacher grande importance au point de vue thérapeutique.

Obs. IX.—M. Corbel rapporte dans sa thèse sa propre observation : « Je me suis enlevé, dit-il, comme par enchantement, un point pleurodynique qui durait depuis deux jours, au moyen d'une forte douche de vapeur dirigée sur l'endroit douloureux jusqu'à rubéfaction vive de la peau (1). »

(1) Rapou, *Traité de la méthode fumigatoire*, tom. I, p. 296.

(1) *Essai sur l'emploi hygiénique et médical des bains*, par J. Corbel. Paris, 1837, in-4., thèse n. 469.

Avant de rapporter des cas de rhumatisme bien caractérisé, je crois utile de reproduire les réflexions suivantes, que j'emprunte à l'excellent ouvrage du docteur Rapou ; je les rappelle avec d'autant plus de plaisir qu'on les oublie trop peut-être dans la pratique, et qu'elles peuvent, ce me semble, fournir de bonnes indications : « Il est une sorte de malaise, de lassitude, de pesanteur avec douleurs obtuses dans les membres, occasionnées par une marche forcée, de grandes fatigues, que l'on peut considérer comme une espèce de rhumatisme, et que dissipe comme par enchantement l'action d'un seul bain de vapeur à l'orientale ou par encaissement, surtout si l'on emploie concurremment les frictions générales et le massage. Cet état particulier que tout le monde a éprouvé, et qu'on ne peut point considérer comme maladif, mérite d'autant plus d'attention que le plus souvent une seule fumigation suffit pour le faire cesser, et qu'il peut devenir, si on le néglige, une maladie réelle, une affection grave qu'on ne parviendra pas toujours à détruire.»

Souvent, à la suite d'un violent exercice, surtout celui de la chasse, de la danse, ou par toute autre cause, on éprouve une suppression subite de la transpiration, c'est ce que l'on nomme vulgairement *courbature*, *chaud et froid*. Cet état est caractérisé par des douleurs plus ou moins vives dans les membres ou dans les organes profonds. Il est bientôt remplacé par une affection plus grave ou quelquefois mortelle, si on ne lui oppose promptement les moyens les plus propres à porter les mouvements organiques au dehors, à rétablir les fonctions de la peau, en rappelant sur elle les matériaux de la transpiration. On ne saurait mieux faire, dans ce cas, que de recourir, sans perdre un instant, aux bains généraux de vapeurs émollientes ou sédatives précédés au besoin d'une saignée. « J'ai eu, ajoute l'auteur, la satisfaction de guérir ainsi, en peu de jours, un certain nombre de personnes qui, sans l'emploi de ces moyens, auraient certainement éprouvé quelques maladies graves. (*Loco cit.*, t. I, p. 320.) »

Dans le rhumatisme aigu des muscles du cou, vulgairement appelé *torticolis*, qui résulte si souvent d'un refroidissement de la peau de la nuque, il suffit ordinairement de trois à quatre douches de vapeur pour enlever la douleur et rendre aux parties toute la facilité de leurs mouvements.

Obs. x.—Madame V...., résidant aux *Néothermes*, éprouva dans le mois de mars de l'année dernière une douleur vive à la nuque et à la partie supérieure et postérieure de l'épaule. Cette douleur augmentait singulièrement dans les mouvements de la tête et du bras, qui étaient fort difficiles.

Madame V... crut devoir rapporter cette douleur à l'impression d'un courant d'air froid sur ces parties couvertes de sueur. Elle se fit administrer, de son propre mouvement, une douche de vapeur en arrosoir sur le côté du cou malade et l'épaule correspondante, jusqu'à rubéfaction et irritation vive de la peau, avec le soin de faire pratiquer le massage, pendant et surtout après la douche ; le torticolis disparut complètement et n'a pas reparu depuis cette époque.

Toutefois, nous n'ignorons pas que ce rhumatisme du cou, si fréquemment observé, est, dans les cas ordinaires, de courte durée; il suffit souvent de quelques applications chaudes, du repos au lit, de la chaleur, etc., pour le guérir ; mais il n'en est pas moins vrai qu'une seule douche, ou trois ou quatre douches au plus (je préfère dans ce cas la douche au bain général et à celui par encaissement) l'arrêtent à son début, et l'empêchent de passer à l'état chronique.

Lorsqu'il revêt la forme chronique, le torticolis est en général extrêmement rebelle à tous les moyens de l'art; il peut alors non seulement gêner les mouvements, occasionner une douleur sans cesse renaissante, mais imprimer à la portion cervicale de la colonne épinière et à la tête une déviation permanente. Il ne reste quelquefois alors d'autre ressource que la section des muscles ou de leurs tendons, si, comme le sterno-mastoïdien, par exemple, ils sont accessibles aux opérations chirurgicales.

C'est dans ces cas que l'on a vu un certain nombre de fois les douches de vapeur, combinées avec le massage, les frictions, produire des effets tout-à-fait merveilleux. On en trouve des exemples remarquables dans l'ouvrage de M. Rapou.

Obs xi.—Mademoiselle P..., âgée de neuf ans, éprouva, à la suite d'un coup d'air, une vive douleur au cou, qu'on négligea dans le principe, et contre laquelle échouèrent ensuite tous les moyens de l'art. La jeune malade était obligée de fléchir la tête sur l'épaule gauche. Et cette position, long-temps continuée, détermina une double courbure de l'épine; conséquemment l'élévation considérable de l'épaule droite et la saillie de la hanche gauche. Lorsque l'enfant avait la précaution de ne pas mouvoir la tête, elle n'éprouvait aucune douleur ; il y avait six mois qu'elle était dans cet état, lorsqu'elle fut confiée à mes soins. Je lui fis prendre d'abord trois bains de vapeur de succin, en substituant une pèlerine de toile préparée à la double planche échancrée dans laquelle s'engage le cou du malade, dont, à cause de l'élévation de l'épaule et de la flexion de la tête, il était impossible de faire usage ; je fis ensuite diriger les douches de vapeurs aromatiques directement sur le siége du mal; au bout de quelques jours, mademoiselle P... put redresser la tête sans beaucoup de peine; elle n'éprouva plus de douleur à la douzième douche; je les fis cesser. L'épine ne tarda pas à se redresser; l'épaule et la hanche reprirent bientôt leur situation naturelle (1).

La lésion musculaire qui déterminait la déviation n'est pas très-évidente dans

(1) Rapou, op. cit. tom. I, p. 325.

cette observation ; il y aurait à hésiter entre un rhumatisme fibreux, une affection chronique des ligaments vertébraux, et l'irritation chronique d'un faisceau musculaire du cou, qui se serait contracturé consécutivement ; mais ne constatons que le résultat final, il me paraît d'une grande importance.

Dans l'observation suivante, où la lésion du muscle sterno-mastoïdien n'était pas douteuse, ce traitement indiqué fut très-heureux.

Obs. XII.—M. S..., âgé de vingt-huit ans, négociant au Havre, vint aux *Néothermes* à la fin du mois de décembre 1836 pour y subir un traitement par les vapeurs. Ce malade avait ressenti à la suite de plusieurs refroidissements successifs une douleur vive sur les côtés du cou, accompagnée d'une gêne considérable dans les mouvements. Les douleurs cessèrent au bout de quelques jours ; mais il était resté une corde tendue et dure sur le trajet d'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, les mouvements étaient difficiles et bornés, cependant il n'y avait pas torsion de la tête. Dans l'espace de deux mois, on administra vingt douches de vapeur émolliente sur les parties contracturées ; avant, pendant et après la douche, le garçon de bain exerçait sur elles des frictions, ou plutôt un massage méthodique. Peu à peu la tension diminua, cette corde dure, saillante sous la peau, s'assouplit, les mouvements revinrent faciles et libres comme auparavant, le malade quitta l'établissement vers la fin de février 1837 dans un état inespéré.

On ne saurait méconnaître, dans ce fait que je regrette de ne pouvoir citer avec plus de détails, l'heureuse influence de l'emploi combiné de la vapeur aqueuse et du massage. Je ne pense pas que la présence dans le liquide à vaporiser de quelques plantes émollientes change beaucoup les propriétés thérapeutiques de la vapeur. Je serais plus disposé à croire que cette action du massage, qui consiste à pétrir les muscles, à les ramollir par la pression, favorisée par la pénétration d'une grande quantité d'eau, par la révulsion cutanée, a surtout amené ce remarquable changement.

Le massage et la percussion me semblent constituer un moyen fort important, soit comme accessoire des douches de vapeur, soit comme traitement principal secondé par les douches et les bains.

On sait quel parti en a tiré M. Récamier dans des cas analogues, et combien aussi il en a généralisé l'emploi (1). On se rappelle sans doute que M. Séguin a présenté à l'Académie royale de médecine, séance du 24 avril 1838, un malade guéri par lui à l'aide de ces moyens sous les yeux de M. Récamier.

Toutefois, je ne pense pas qu'on puisse trouver de moyen plus efficace que la combinaison que je viens d'indiquer, quitte, en désespoir de cause, à recourir ensuite aux moyens chirurgicaux extrêmes, à la section des tendons, par exemple, pratiquée avec succès, depuis Stromeyer, dans ces derniers temps en France, par MM. J. Guérin, Bouvier, Fleury, etc.

Ce que nous venons de dire des muscles du cou pourrait évidemment s'appliquer à des rétractions et à des contractures survenues dans toute autre région, pourvu toutefois que la disposition des parties permette l'application du remède ; je n'ai pas besoin d'y insister davantage.

Le rhumatisme du dos et des lombes, des parois abdominales, a été fort souvent combattu avec avantage par les bains et les douches de vapeur. Et si, pour la précision du diagnostic, il importe de distinguer avec soin d'une affection rhumatismale les douleurs qui se montrent dans ces différentes régions à la suite d'un effort brusque, d'une distension forcée, ou d'une contraction subite et violente des muscles, d'où résulte sans doute un tiraillement, et plus souvent peut-être une déchirure, en pratique et en thérapeutique cela est beaucoup moins important qu'on ne le pense; les douches de vapeur réussissent également bien dans ces deux circonstances.

Obs. XIII. — M. Rapou cite dans son ouvrage le fait d'un garçon de peine qui, en chargeant une balle, éprouva subitement dans les muscles longeant la partie latérale droite de l'épine au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, une vive douleur qui l'obligea de renverser promptement le tronc en arrière et à droite ; dans cette position la douleur était supportable, mais dès qu'il voulait se redresser, elle acquérait une violence extraordinaire. Des soins convenablement dirigés la calmèrent ; mais, aussitôt que le malade s'exposait au froid, elle s'exaspérait vivement et l'obligeait de reprendre sa gênante position. Cet homme souffrait ainsi depuis quatre mois lorsqu'il me fut adressé; deux bains de vapeur et dix douches dirigées le long de l'épine ont suffi pour le guérir entièrement (1). »

Les observations qui vont suivre sont relatives à des cas de rhumatisme bien tranchés, et sont intéressantes surtout par la rapidité de leur guérison, obtenue à l'aide de la vapeur.

Obs. XIV. — Dans les premiers jours du mois de mars 1838, Madame N...., d'un tempérament sanguin, ressentit sans cause bien appréciable, des douleurs vives et aiguës dans la région lombaire et dans les parties latérales des parois abdominales ; le moindre mouvement et les efforts même légers d'inspiration et d'expiration les augmentaient considérablement. La malade n'avait qu'un moyen d'atténuer un peu l'effet de la douleur, c'était de se courber en avant. Il n'y avait, du reste, ni fièvre ni céphalalgie, aucun trouble dans les autres fonctions. Je prescrivis les bains de vapeur;

(1) Mémoire. Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement de contractures musculaires. (*Rev. méd.*, tom. I, p. 74, 1838.)

(1) Op. cit., tom. I, p. 337.

un premier bain par encaissement détermina un soulagement notable. Le lendemain, un second bain fit disparaître entièrement les douleurs. La malade se trouva si bien qu'elle ne voulut pas se soigner plus long-temps; elle reprit immédiatement ses occupations.

Madame N...., qui habite les *Néothermes*, et que j'ai revue souvent après cette atteinte de rhumatisme, n'en a plus éprouvé depuis cette époque.

Obs. xv. — *Lumbago aigu* (cinquième récidive). *Emploi des bains de vapeur. Applications de sangsues. Guérison en quinze jours.*

M. S..., âgé de cinquante-huit ans, de Brie-Comte-Robert, ancien notaire, d'un tempérament sanguin, sujet aux hémorrhoïdes, a mené une vie fort régulière, et n'a jamais commis le moindre excès. Plusieurs fois il a éprouvé un rhumatisme lombaire avec des douleurs accompagnées de gonflement aux articulations du pied et de la main, qui sont restées légèrement engorgées et sensibles. Depuis quelque temps, M. S... ressentait les symptômes d'une affection intestinale chronique, borborygmes, digestions difficiles, flatuosités, etc.; le ventre était tendu, surtout après les repas; il y avait une constipation habituelle. Le 14 janvier 1838, après quelques fatigues nécessitées par les soins à donner à ses propriétés, M. S... se plaignit d'un peu d'embarras et de gêne dans la région lombaire; trois jours après, la douleur était déjà très-vive, le moindre mouvement l'exaspérait; alors se développa de la fièvre, avec une vive chaleur, de l'agitation. La douleur continue s'exaspérait par intervalles; au moindre ébranlement le malade poussait des cris déchirants, tant la douleur était violente. La simple action de lever la tête pour avaler quelques gorgées de tisane remenait les souffrances. Les urines étaient rares et chargées.

Dans les attaques précédentes, le malade avait plusieurs fois tenté avec succès l'usage des bains de vapeurs aromatiques. L'avant dernier accès fut plus long, et il n'avait pas été combattu à l'aide de ce moyen. M. S... se décida à venir à Paris, et le 30 janvier 1838, nous le reçûmes aux *Néothermes*.

Après une course forcée de plusieurs lieues dans une voiture, sans doute un peu dure, M. S... était dans l'état suivant : Anxiété et agitation portées au plus haut degré; face rouge et vultueuse, exprimant l'angoisse et la souffrance; respiration courte, accélérée; pouls sec, dur, à cent dix. Le corps est courbé en deux; il existe une douleur très-vive à la partie postérieure et inférieure du dos, dans la masse des muscles sacro-lombaires du côté droit.

Le plus léger mouvement exaspère cette douleur et la rend intolérable. Le ventre est tendu, un peu douloureux; langue sèche, villeuse, couverte d'un enduit blanchâtre; la soif est très-vive. La région sacro-lombaire paraît plus saillante qu'à l'état normal, elle est tuméfiée, sensible à la pression, sa température paraît élevée, le malade évite surtout les mouvements de torsion de la colonne vertébrale.

Je diagnostique un lumbago aigu, pouvant se rattacher à un principe goutteux, compliqué d'une irritation gastro-intestinale chronique, et je prescris provisoirement : infusion de violette et de tilleul édulcorée avec les sirops de gomme et de groseille; potion calmante avec une demi-once de sirop de morphine; application de moutarde enduite d'huile camphrée tiède sur les lombes.

La nuit fut très-mauvaise, agitée; après deux ou trois essais pour se placer convenablemen pour boire, des douleurs intolérables se réveillèrent avec une sorte de tension tétanique. A ma visite du matin, je trouvai le malade dans le même état; il demandait en grâce d'être porté au bain de vapeur en attendant son médecin (M. Cayol). On fit traverser à la vapeur d'eau un paquet de plantes aromatiques (sauge, thym, romarin) comme cela se pratique lorsqu'on prescrit le bain ou la douche de vapeurs aromatiques. La chaleur dans le bain par encaissement fut portée à 34° R.; la durée du bain fut de vingt-deux minutes; vers la fin il se développa une abondante diaphorèse; le pouls devint plus fréquent, il monta à cent vingt. Après le bain, nous fîmes coucher le malade soigneusement enveloppé de couvertures de laine dans la chambre même où il avait reçu la vapeur; la sueur continua, fort abondante encore... Quel fut notre étonnement, après cette première séance, de voir les douleurs enlevées comme par enchantement et le malade marcher en souffrant à peine! Il put sortir du cabinet de bain, et voulut même se promener un instant.

La nuit fut bonne. M. Cayol ordonna un nouveau bain pour le lendemain; celui-ci fut de vingt-neuf minutes, et la température portée à 36° R.; son effet fut le même, le malade marcha encore après avoir abondamment sué. Le pouls qui s'était abaissé considérablement la veille après le premier bain, se releva pendant celui-ci, pour perdre sa fréquence au moment de la détente produite par la sueur. Les mouvements dans le lit devinrent plus faciles et moins douloureux.

Du 1er février au 7, le malade prit cinq nouveaux bains; comme il y avait à ne point négliger l'existence antécédente de tumeurs hémorrhoïdales, M. Cayol crut avec raison devoir produire un dégorgement vers l'anus; vingt-huit sangsues furent appliquées en deux fois dans cette région, et donnèrent lieu à une abondante déplétion. (Le malade perdit plus de deux livres de sang.) Il est à noter que la sueur vint plus promptement sous l'influence de la vapeur et fut plus abondante le jour même qui suivit la première application de sangsues. On fut obligé de diminuer la durée du bain, car il y eut une courte syncope.

Mais la fièvre avait cessé, les douleurs n'existaient plus, le pouls était à soixante-douze, et les mouvements s'exécutaient facilement.

Comme il y avait une constipation opiniâtre, et que l'action des bains de vapeur semblait l'augmenter, on donna un mélange de calomel et de rhubarbe (de chaque quatre grains); puis un opiat avec charbon pulvérisé et magnésie calcinée (de chaque deux gros), sirop d'écorce d'orange (quantité suffisante pour donner une consistance molle); cet opiat, dont le malade prit trois doses, sembla diminuer la tendance aux flatuosités, et la tension du ventre qui en était le résultat. Bientôt on put donner quelques aliments; M. S.... sortit en voiture, et le 15 février, au matin, il quitta l'établissement dans un état de bien-être qu'il n'avait pas éprouvé depuis long-temps.

Du 7 au 13 février, il avait pris deux nouveaux bains pour consolider en quelque sorte sa guérison. On put, sur la fin, augmenter leur durée, mais on ne dépassa pas trente minutes de séjour, ni 36° R. pour la température.

Réflexions.—On ne mettra pas en doute, dans ces deux observations, l'efficacité des bains de vapeur. Une douleur vive, insupportable, une impossibilité de mouvements, de la fièvre, etc., cèdent rapidement sous l'influence de ce

moyen employé seul (Obs. xiv.); combiné avec les sangsues, la diète, quelques calmants, un purgatif, etc., dans le second cas (Obs. xv.). Chez notre dernier malade, l'affection était plus grave, plus profonde, mieux caractérisée ; la longueur proportionnelle du traitement ne doit point sembler étonnante; mais ce qui me paraît surtout remarquable, c'est la rapidité du soulagement : le malade ne peut exécuter aucun mouvement, les muscles sont tellement douloureux, que la plus légère contraction fait jeter les hauts cris au patient.... On donne un bain de vapeur, une sueur abondante est provoquée, une révulsion étendue et puissante s'exerce ainsi sur la peau ; dès lors la station, la marche deviennent possibles, faciles même, la douleur diminue pour s'éteindre bientôt.

De semblables résultats n'ont pas besoin, je pense, qu'on s'y arrête davantage.

Je crois devoir rapprocher des observations précédentes le fait suivant, tiré de la pratique de M. Malin de Mons, près Laon.

Obs. xvi. — Une femme âgée de quarante ans, accouchée pour la dernière fois depuis cinq mois et demi, nourrissait son septième enfant, lorsqu'elle fut prise d'un rhumatisme aigu dans les muscles des gouttières vertébrales.

Son habitation froide et humide (elle couchait presque sur la terre) fut sans doute la principale cause du développement de cette affection, lente et subaiguë dès le commencement ; la colonne vertébrale fléchie ne pouvait se redresser sans de vives douleurs ; cette malheureuse restait courbée en deux, marchant presque sur les mains ; et, chose assez remarquable, pendant ce temps, la sécrétion lactée ne s'étant point interrompue, elle avait continué d'allaiter son enfant, dont le développement se faisait régulièrement. Ce fut alors qu'on se décida à tenter la médication par les vapeurs. On commença par les douches de vapeur aqueuse sur la colonne épinière, après chaque douche on faisait des frictions avec un linge rude sur les parties malades ; plus tard on en vint aux demi-bains, puis aux bains entiers par encaissement ; mais déjà à la troisième séance la malade pouvait se tenir plus droite. « Enfin, disait-elle, je peux regarder le ciel. »

A la huitième douche, et après quelques bains, la guérison devait être regardée comme complète. Des sueurs abondantes furent provoquées chaque fois par l'action de la vapeur, et chaque fois on eut recours à l'action du linge rude comme moyen excitant de la peau.

Je dois noter, en terminant, que, pendant toute la durée du traitement (trois semaines environ), la sécrétion lactée ne fut point interrompue.

M. Rapou cite deux faits de guérison par les bains de vapeur dans des cas de lumbago. Le traitement fut plus compliqué, on eut recours aux vapeurs sédatives, aromatiques, puis sulfureuses et succinées ; je ne crois pas devoir les rapporter ici (1).

(1) Op., cit. (Tome 1, page 340).

Le fait suivant, dont je dois les détails à M. Dujay, terminera cette série d'observations :

Obs. xvii. — Un domestique âgé de trente-trois ans, doué d'une forte constitution, et malgré cela (ce qui se voit encore assez souvent) très-accessible à l'influence des changements de température, prenant souvent des *chauds et froids*, se refroidit pendant un des jours humides du mois de février 1838, en pansant ses chevaux, ayant les bras et le corps presque nus. Il fut pris bientôt d'un lumbago aigu, très-douloureux ; le moindre mouvement venait retentir dans la région lombaire, il y avait de la fièvre, une chaleur générale très-vive, dégoût, perte d'appétit, soif, etc. Au septième jour de la maladie, alors encore dans toute son acuité, on lui fit prendre un bain de vapeur sulfureuse qui détermina une excitation des plus vives à la peau, suivie d'une sueur abondante ; le lendemain et le surlendemain, le même bain par encaissement est réitéré ; le quatrième jour, après avoir notablement sué après chaque bain, et sans avoir pris d'autres médicaments, sans même s'être assujéti à un régime un peu sévère, cet homme ne souffrait plus, et put reprendre ses occupations.

Je me borne à citer ces faits, assez concluants, je pense, pour décider les praticiens à recourir plus souvent qu'on ne le fait aujourd'hui à des moyens si promptement efficaces. On ne saurait trop déplorer l'oubli dans lequel les ont laissés presque tous les auteurs qui se sont occupés d'une manière générale ou spéciale de l'histoire du rhumatisme.

A. Bouchacourt. D. M.

(La suite à un prochain numéro.)

II. De la compression de la carotide, employée comme moyen thérapeutique dans les maladies convulsives.

J'ai quelquefois employé la compression des carotides dans des cas d'hystérie convulsive ; je suis presque toujours parvenu à entraver la marche de l'accès. Chez une femme cependant, que j'eus pendant deux mois sous mes yeux, et que sa maladie prenait à peu près tous les deux jours, j'échouai complètement, et je ne pus rien obtenir, quoique, pendant plusieurs accès, j'aie soutenu la compression aussi long-temps que mes forces me le permettaient ; mais je fus plus heureux sur une autre femme qui était depuis plusieurs mois à l'hôpital Saint-Antoine, et qui était prise d'accès d'hystérie revenant tous les quinze jours et durant deux à trois heures. Chaque fois que je fus appelé, j'arrêtai les convulsions ; et la religieuse de la salle m'ayant vu opérer, et s'étant informée auprès de moi de la manière dont on devait le faire, prit l'habitude de ne plus me faire demander, et elle mettait fin elle-même aux accès de cette femme.

Au mois de novembre dernier, je fus appelé au milieu de la nuit auprès d'une femme

couchée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Ste-Cécile. Depuis la fin de la journée, elle avait été prise des douleurs de l'accouchement ; le travail marchait avec lenteur, et lorsqu'on me fit chercher, elle était en proie à des convulsions violentes de tout le corps. Lorsque j'arrivai elles avaient cessé, et la malade était étendue, privée de connaissance, la respiration haletante, tous les muscles raides et tendus, la tête renversée en arrière, les membres ne pouvant être pliés; du vagin s'écoulait un liquide clair, sanguinolent, extrêmement fétide, la tête de l'enfant était engagée dans l'ouverture de l'utérus; les bords du col était tendus et résistants. Je comprimai les deux carotides avec force : au bout de deux minutes à peu près, je vis la tête se fléchir ; tous les muscles ne tardèrent pas à se distendre, et la femme eut bientôt recouvré sa connaissance. Les convulsions, à partir de ce moment ne reparurent plus ; les contractions utérines se renouvelèrent, et, une heure après, l'accouchement ayant eu lieu, je reçus un enfant mort depuis quelques jours.

Je fus plus heureux chez une femme arrivée près du terme de sa grossesse, qui fut prise de convulsions, et pour laquelle on vint me chercher à l'hôpital. Lorsque j'arrivai chez elle, les convulsions avaient fait place à la torpeur; mais, au bout de quelques minutes, elles reparurent. Je comprimai alors les carotides autant que je le pus ; je continuai long temps, étant remplacé par un médecin du voisinage que l'on avait appelé : tous nos efforts furent sans résultat. La malade resta plongée dans cet état jusqu'au lendemain ; on lui fit une saignée, on lui donna des bains, des purgatifs légers, des potions anti-spasmodiques; les convulsions cessèrent pour ne plus reparaître, et quinze jours après cette femme accoucha sans accident d'un enfant sain et bien constitué.

Des faits qui me sont personnels et de ceux qui sont contenus dans les auteurs, et que M. Dezeimeris a rassemblés dans un mémoire, je pense qu'on peut conclure que la compression des carotides devra être tentée dans les maladies convulsives, à moins que l'on n'ait affaire à des malades affectés de maladie du cœur arrivée à un degré avancé. C'est un moyen inoffensif lorsqu'il ne procure pas de soulagement, et il arrête bien souvent des accès qui se montrent d'une manière effrayante pour les gens qui entourent les malades, comme le sont les accès d'épilepsie et d'éclampsie. Dans les convulsions qui surviennent chez les enfants, je crois qu'on réussira un grand nombre de fois, et M. Trousseau en rapporte un exemple bien remarquable ; mais je ne saurais conseiller de lier la carotide primitive dans une maladie aussi inconnue dans ses causes anatomiques que l'est pour nous jusqu'à ce jour l'épilepsie. Cette opération ne pourrait être employée que contre des affections qui se montrent aussi fréquemment mortelles que la rage et le tétanos ; et encore ne devrait-on s'y décider que lorsqu'en comprimant d'abord les carotides, on aurait vu diminuer sensiblement les symptômes. Je n'ai pas été à même d'essayer l'efficacité de ce moyen dans la rage ; mais M. Allier fils, de Marcigny, rapporte, dans un des numéros de l'*Expérience*, un cas dans lequel la compression avait fait cesser un des accès convulsifs de cette maladie; la ligature dans ce cas pourrait peut-être, comme le pense M. Allier, empêcher les funestes effets de l'intoxication. J'ai employé la compression dans un cas de tétanos traumatique, mais je ne suis arrivé à aucun résultat.

Obs. I. — Charles Poisselot, sculpteur, âgé de vingt-quatre ans, homme fort et vigoureux, n'ayant jamais été malade, fut adressé à M. le professeur Trousseau par un de ses amis, pour être traité d'une épilepsie datant de cinq ans, que le malade faisait remonter à la peur qu'il avait eue en voyant l'un de ses frères sur le point d'être noyé. Les accès, d'abord très-éloignés, devinrent plus rapprochés, et lorsqu'on l'admit à l'hôpital Saint-Antoine, ils revenaient tous les quinze jours environ et duraient pendant deux heures. On le mit à l'usage du chlorure d'argent. Pendant les trois premiers accès on se contenta de le garrotter, et on le laissa revenir à lui-même ; mais au quatrième, les convulsions s'étant prolongées plus qu'à l'ordinaire, la religieuse, effrayée de l'aspect du malade, me fit appeler. Je le trouvai maintenu par quatre hommes, en proie à des convulsions générales qui duraient à peu près deux minutes, et cessaient pour faire place à une contraction de tous les muscles avec rigidité de tout le corps et renversement en arrière de la tête et du tronc. A chaque cinq minutes les convulsions reparaissaient, la bouche était couverte d'écume, la langue était serrée entre les dents, la face bleue, livide et couverte de sueur ; la connaissance était complètement perdue ; l'urine et les matières fécales avaient été rejetées involontairement. J'appliquai un de mes pouces sur chacune des carotides primitives, entre le larynx et le muscle sterno-mastoïdien ; je m'assurai de leur position, et les comprimai fortement contre la colonne vertébrale, de manière à obturer leur calibre. Au bout de moins d'une minute, la face devint plus pâle ; le malade ouvrit les yeux ; tous les muscles se détendirent ; il porta ses mains à son cou pour repousser les miennes, et demanda à boire. Je cessai la compression : l'accès était terminé, ne laissant que de la fatigue et de la douleur dans les membres. Je ne fus pas moins heureux lors de l'accès qui suivit celui que je viens de décrire ; je fus appelé dès le principe, et parvins à l'arrêter dans son commencement. Chaque fois que cet homme voyait que son mal allait le reprendre, ce que lui annonçait un violent mal de tête avec envie de dormir, il se couchait et demandait qu'on m'appelât ; je n'ai pas depuis lors manqué une seule fois d'arrêter les accès dès leur début. Le malade m'ayant entendu parler avec M. Trousseau de la possibilité qu'il y aurait de le guérir en lui liant les carotides, demanda cette opération, et ne fut pas dissuadé lorsqu'on lui en montra toute la gravité, tant la vie lui était à charge avec son épilepsie ; mais on ne donna pas suite à son désir.

Obs. II. — Le nommé François Floriot, âgé de quinze ans, est en proie depuis son enfance à des

accès d'épilepsie revenant à peu près tous les jours, et caractérisés par une perte complète de connaissance, production d'écume dans la bouche, convulsions de tous les muscles de la face situés à droite et de ceux du membre supérieur du même côté, et déviation des traits vers le côté convulsé. L'accès dure de cinq à six heures, les convulsions revenant tous les quarts d'heure environ, et faisant place au bout de deux ou trois minutes à une torpeur profonde sans rigidité des muscles. Il fut admis à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint Jean, où M. Trousseau le mit à l'usage du chlorure d'argent, dont il avait obtenu d'heureux avantages chez d'autres malades. La première fois que je le vis dans un de ses accès, je comprimai fortement la carotide gauche contre la colonne vertébrale, et fis presque aussitôt cesser les convulsions. En continuant la compression pendant cinq minutes, je vis aussi cesser la torpeur ; le malade revint à lui, ouvrit les yeux, et se mit à crier à cause de la douleur que lui occasionnait la pression de mon doigt. Chaque fois que je l'ai vu dans ses accès, j'en ai fait cesser promptement les symptômes. Lorsqu'il sortit de l'hôpital, j'enseignai à son père, homme intelligent, qui m'avait vu opérer, la manière dont il devait s'y prendre ; mais il emmena son fils à la campagne, et je n'en ai pas entendu parler depuis.

La compression des artères, employée comme moyen thérapeutique dans diverses maladies, remonte à Parry, de Bath, qui, dans un mémoire publié en 1792 par la Société médicale de Londres, la signale comme étant de la plus grande efficacité dans quelques affections qui échappent ordinairement à tous les moyens employés pour les guérir. Quelques autres médecins anglais et quelques Allemands prirent note de cette découverte. On fit quelques essais isolés ; mais, quoique Parry eût publié plusieurs cas remarquables de guérison obtenue par ce moyen, quoiqu'on eût dû être mis sur la voie par plusieurs observations rapportées à diverses reprises par les journaux, observations dans lesquelles on voit la compression ou la ligature de grosses artères, faites pour remédier à des lésions accidentelles, amener la guérison de maladies convulsives ou de névralgies anciennes ; malgré ces cas, dis-je, on ignorait complétement tout le parti que l'on pouvait retirer de ce précieux moyen de traitement.

M. Blaud, de Baucaire, découvrit les avantages de la compression des carotides primitives dans la méningite ; mais il ne poursuivit pas ses recherches à cet égard. Un médecin écossais, Liston, ignorant les travaux de Parry, fut conduit à employer avec succès cette compression contre une névralgie maxillaire : il fut surpris du beau résultat qu'il obtint, publia le fait, mais n'y donna pas de suite, et négligea de faire de nouvelles recherches ; Preston, médecin anglais, établi à Calcutta, conduit par les mêmes raisonnements que Parry, dont il ne connaissait pas l'ouvrage, lia plusieurs fois la carotide dans des cas d'épilepsie.

Tous ces faits, sur lesquels les auteurs que je viens de nommer n'insistèrent pas assez, restèrent méconnus ; on ignorait complétement en France les heureux résultats de ce moyen, lorsqu'à peu près en même temps (1837) MM. Trousseau, Malapert et Baudelocque neveu publièrent des cas de guérison obtenue par la compression des carotides, qu'ils croyaient avoir inventée, n'ayant pas connaissance des travaux antérieurs que je viens d'énumérer. M. Dezeimeris, dans une lettre écrite à l'Académie des sciences, et, plus tard, dans un mémoire inséré dans l'*Expérience*, revendiqua l'invention en faveur de son véritable auteur, donna un exposé complet de tout ce qui avait été fait sur ce sujet, et fixa l'état de la science à cet égard.

La discussion à laquelle les derniers essais donnèrent lieu fit un peu connaître les ressources que l'on pouvait retirer de la compression des carotides, mais elle n'eut pas assez de retentissement, et aujourd'hui encore la plupart des médecins ignorent qu'elle puisse être employée avec avantage. Je n'énumèrerai pas ici tous les cas dans lesquels les divers auteurs disent avoir vu réussir cette compression : leurs observations, données dans le mémoire de M. Dezeimeris, ont pour sujet des cas d'inflammation, et surtout d'inflammation des méninges, des cas de goutte et de rhumatisme, des névralgies faciales, etc ; mais comme preuve de l'efficacité de ce moyen, je citerai quelques exemples de maladies convulsives dans lesquelles il fut d'une utilité incontestable, et d'autres où il échoua. Je pense, comme M. Trousseau, qu'il est utile dans les cas de convulsions congestives, reconnaissant pour cause un mouvement fluxionnaire vers le cerveau, sans qu'il y ait dans cet organe de désordre matériel grave, tels que ramollissement, épanchement sanguin, contusion, déchirure, tumeurs de nature diverse, etc. Dans ces cas, la compression des carotides empêchant le sang d'arriver au cerveau le jette dans l'anémie bien plus sûrement que des émissions sanguines, locales ou générales, et, par la continuation de ce moyen, la circulation cérébrale sera presque anéantie, et l'absence du sang fera cesser l'irritation qui appelait l'afflux de ce liquide vers l'encéphale ; il faut seulement que cette compression soit bien faite, que les doigts ou les instruments qui la pratiquent n'agissent pas sur de trop grandes surfaces, afin, autant que cela est possible, de ne pas comprimer les veines jugulaires au point d'empêcher le retour du sang vers le cœur.

Lorsque, dans les maladies convulsives, les convulsions n'ont lieu que d'un seul côté on ne comprimera que la carotide primitive du côté opposé ; mais si elle se montre également des deux, il faudra comprimer les deux vaisseaux.

L'épilepsie est une des maladies contre lesquelles on a surtout employé le moyen dont nous parlons ici : Parry rapporte plusieurs cas où il s'en servit avec succès ; Earle, au rapport de John Cook, ne fut pas

moins heureux dans plusieurs circonstances; M. Boileau dit que, ayant lié la carotide primitive à la suite d'une blessure de ce vaisseau chez un épileptique, le sujet guérit de sa terrible affection ; Preston, de Calcutta, eut un succès complet et durable à la suite d'une pareille opération ; et M. Trousseau est tellement convaincu de l'efficacité de ce mode de traitement, que plusieurs fois je lui ai entendu dire qu'il n'hésiterait pas, si lui ou ses enfants venaient à avoir des accès d'épilepsie, à demander la ligature de la carotide du côté opposé à celui où se seraient montrées les convulsions.

J.-B.-A. Stroehlin.

III. Difformités du système osseux. — Essai d'une théorie générale des difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant; par le docteur Jules Guérin.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences le 28 septembre.)

Dès l'année 1836, l'auteur avait été conduit à ramener toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, à une origine commune. Les premières bases de cette doctrine avaient été exposées dans le travail présenté par lui à l'Académie, pour le concours du grand prix de chirurgie. Depuis cette époque, il en avait fait plusieurs applications aux difformités particulières du squelette, dans une série de mémoires sur le *torticolis*, les *déviations de l'épine*, les *luxations congéniales* et les *pieds bots ;* le travail qu'il vient de lire devant l'Académie a pour but de reconstruire sa théorie dans son ensemble et ses proportions définitives, de la formuler dans ses termes les plus généraux, et de l'entourer de toutes les preuves qui servent à l'établir. M. Jules Guérin s'est proposé de démontrer :

« Que toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, sont le produit de la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux, soit du cerveau ou de la moelle, soit des nerfs eux-mêmes, et les variétés de ces difformités, le produit de la rétraction différemment combinée et distribuée dans les muscles du tronc et des membres. »

L'auteur a recueilli un grand nombre d'observations, offrant toutes les formes imaginables des difformités du système osseux, depuis le degré le plus faible de la difformité isolée, jusqu'à la déformation la plus complète de toutes les articulations du squelette chez le même individu. Il a disposé cette collection de faits suivant une série régulièrement décroissante entre les deux manifestations extrêmes de l'action de leur cause commune, de manière à montrer la liaison intime et la dépendance respective de chacun de ses effets intermédiaires, et de manière à nouer par une chaîne non interrompue les résultats de son action la plus profonde et la plus générale, sur la totalité du squelette, avec ceux de son atteinte la plus faible, sur une seule portion de ce système. Cette série, qu'il appelle la *série étiologique*, lui a permis d'abstraire, dans chacun de ses termes, et de composer, d'après l'analyse de chacun d'eux une formule générale renfermant quatre ordres de caractères propres à établir et à vérifier la communauté d'origine des difformités chez les monstres, et le fœtus d'abord, puis chez l'enfant ensuite. Ces quatre ordres de caractères sont : 1° les caractères de la cause éloignée ou de la lésion du système nerveux; 2° les caractères de la cause prochaine, rétraction musculaire ; 3° les caractères de relation de la cause éloignée, lésion nerveuse, avec la cause prochaine, rétraction musculaire ; 4° les caractères de relation ou d'harmonie de la cause prochaine, rétraction musculaire, avec ses effets immédiats, les difformités.

1° *Caractère de la cause éloignée de l'affection nerveuse.* — Ce premier ordre de caractères est fourni successivement par les enveloppes osseuses et membraneuses du cerveau et de la moelle, par le cerveau et la moelle, et, en dernier lieu, par les nerfs.

Le crâne est tantôt développé outre mesure, comme dans l'hydrocéphale générale ; tantôt l'une de ses deux moitiés est déprimée, l'autre saillante ; tantôt les deux moitiés semblent avoir chevauché suivant un plan vertical, de manière à offrir une double saillie opposée, du frontal d'un côté, et de l'occipital de l'autre. Souvent les os sont disjoints et maintenus en rapport médiat par la dure-mère très-dilatée. Dans tous les cas la consistance des os est non-seulement diminuée par suite de leur élargissement, mais l'ossification y paraît retardée ; on y voit des ilots osseux en grand nombre, comme si les os avaient été le siége de fractures considérables. Dans d'autres circonstances, le crâne est largement ouvert, ses os renversés et à moitié développés ou à moitié détruits ; ou bien ils sont affaissés sur la base du crâne ; mais quels que soient la forme et le degré de l'anencéphalie, il est presque toujours possible d'en retrouver les rudiments à l'aide d'un examen attentif, ce qui établit bien le fait de la disjonction, de la destruction, et non celui d'une absence complète de développement.

La colonne vertébrale conserve toujours aussi le nombre de ses éléments, au moins à l'état rudimentaire : corps vertébraux, apophyses transverses, apophyses épineuses, peuvent être retrouvés dans les cas de spina-bifida, avec ou sans courbures de la colonne. Les apophyses épineuses, divisées à leur

sommet, n'offrent pas, comme on l'a dit, un défaut de soudure, de réunion, par arrêt de développement de leurs parties, mais sont violemment disjointes, renversées, entraînées dans le sens de certains muscles, ou aplaties sur les côtés, et offrent leur entier développement jusqu'à leurs tubercules terminaux; leur écartement même dans les spina-bifida très-complets est presque toujours très-considérable, et accuse une force de disjonction active, et non un simple défaut de réunion passive. Somme toute, le caractère général des enveloppes osseuses du système cérébro-spinal, c'est la disjonction, le déplacement, l'altération, la déformation, mais avec persistance, à l'état rudimentaire au moins, et non absence complète de développement.

Les méninges du cerveau et de la moelle offrent des caractères analogues et de même signification. Jamais absence complète de développement, mais traces d'altération ou de destruction. La dure-mère cérébrale sert souvent d'enveloppe au liquide en suspension tenant les résidus du cerveau. Quand il n'y a plus de poche encéphalique, on retrouve sous les os crâniens affaissés tout ou partie de la dure-mère. Il en est de même des autres membranes du cerveau, qui forment, avec le paquet des vaisseaux, un lacis inextricable, frangé, couronnant la base du crâne. La dure-mère et les autres méninges rachidiennes se retrouvent aussi, même dans les spina-bifida complets. Ces membranes sont déchirées, amincies, ouvertes à la partie postérieure et collées contre la paroi restante du canal, mais on les retrouve constamment. C'est surtout dans les spina-bifida incomplets qu'on peut le mieux saisir le caractère essentiel de leurs modifications. A l'extrémité des parties saines qui continuent à envelopper la moelle, d'autres portions amincies, frangées, à moitié détruites, ou quelquefois épaissies, correspondent aux interruptions de la moelle et à ses parties altérées, ramollies. En résumé, les membranes, comme les os du système cérébro-spinal, s'offrent avec un seul et même caractère : déplacement, altération de texture, destruction incomplète, mais toujours persistance partielle ou existence rudimentaire des parties.

Mêmes caractères dans le cerveau et la moelle. Altération de texture sous toutes les formes et à tous les degrés, depuis la simple injection vasculaire jusqu'au ramollissement le plus profond, depuis la destruction de quelques points périphériques jusqu'à la disparition presque complète de la matière pulpeuse, réduite pour le cerveau à un liquide gélatiniforme, renfermé dans les membranes, ou à de simples et rares résidus cachés sous les voûtes crâniennes affaissées. Mêmes indices d'altération et de destruction morbides pour la moelle, et d'autant plus sensibles dans cette dernière qu'elles se circonscrivent plus fréquemment sur une portion de sa longueur.

L'état des nerfs complète bien la signification de tous ces caractères : ils sont gros, raccourcis, tendus, principalement dans les cas où les muscles sont rétractés; ou bien ils sont réduits de volume, flétris, dans les cas où la rétraction a fait place au relâchement et à l'atrophie paralytique.

Tels sont les caractères de la cause éloignée ou de l'affection nerveuse.

2° *Caractères de la cause immédiate, ou de la rétraction musculaire.* — Les muscles sont raccourcis, tendus. Leur raccourcissement n'a pas lieu seulement dans le sens des mouvements physiologiques, et comme pour rendre permanente une position normale; il peut s'effectuer dans toutes les directions à la fois, et être porté à un degré extrême dans le sens opposé aux mouvements normaux, et déterminer dans ce sens des flexions permanentes ou des déplacements articulaires et même des fractures des os longs. La trame musculaire commence à passer à l'état fibreux, comme dans tous les cas où les muscles sont soumis à des tractions permanentes exagérées.

3° *Caractère de relation de la cause éloignée avec la cause prochaine.* — Les caractères de la lésion du système nerveux, rapprochés de ceux de la rétraction musculaire, établissent bien la relation essentielle de ces deux ordres de faits, et la subordination des seconds aux premiers. Avec une lésion profonde ou destruction complète des organes centraux de ce système, rétraction générale et énergique de tous les muscles; avec une lésion profonde ou destruction d'un des côtés du cerveau, rétraction des muscles d'un des côtés du corps; avec une lésion profonde ou destruction de la partie déclive de la moelle, rétraction d'une partie des muscles du tronc et de ceux des membres inférieurs; avec altération de la partie inférieure d'un des faisceaux antérieurs de la moelle et des racines nerveuses qui en naissent, rétraction et paralysie des muscles du membre inférieur correspondant. En d'autres termes, relation intime entre l'étendue, le siége, le degré de la lésion du système nerveux, et l'étendue, le siége et le degré de la rétraction musculaire, et relation confirmative, du reste, des rapports établis par la physiologie entre ces deux systèmes.

4° *Caractères de relation ou d'harmonie, entre la cause prochaine, la rétraction musculaire, et ses effets immédiats, les difformités.* — Il n'y a pas seulement un rapport exact et intime entre la somme des muscles rétractés et le nombre des articulations déplacées, le siége spécial de la rétraction et de la direction spéciale des déplacements; mais il existe une harmonie parfaite, essentielle, entre l'action spécifique, isolée ou collective, des muscles rétractés et la forme spécifique,

partielle ou totale, des difformités ; de telle manière que chaque difformité, considérée dans tous les éléments constitutifs de sa forme, c'est-à dire dans les rapports nouveaux et permanents, imprimés aux différentes surfaces articulaires, aussi bien que dans l'expression d'ensemble résultant de ces divers déplacements, offre la représentation exagérée, mais exacte, des formes affectées aux mouvements physiologiques résultant de la contraction normale des mêmes muscles, et du déplacement temporaire des mêmes surfaces, d'où la confirmation de cette loi que l'auteur a formulée depuis long-temps, à savoir : « Que les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. »

Après avoir cherché à démontrer, à l'aide de cette formule établie par l'observation et l'analyse, que les difformités chez les monstres et le fœtus sont dues à la même cause, l'auteur l'applique aux difformités congéniales et consécutives chez l'enfant, et signale chez celui-ci un dernier ordre de caractères *extérieurs*, appréciables pendant la vie, destinés à compléter et à suppléer les premiers; il termine en présentant une dernière série de preuves tirées d'observations qui se sont offertes à lui avec quelques-uns des caractères de l'expérimentation directe.

Parmi les observations de difformités que M. J. Guérin a vues se développer après la naissance, plusieurs sont survenues à la suite de lésions traumatiques matérielles du cerveau ou de la moelle, produites par des accidents instantanés. Dans un cas c'est une chute d'un lieu élevé sur la tête, qui donne lieu aux symptômes cérébraux les plus intenses, et simultanément à la contracture de presque tous les muscles du corps. Avec la disparition des accidents nerveux, la contracture a cessé dans un certain nombre de muscles, et elle a persisté, au contraire, dans un grand nombre d'autres, et a réalisé une difformité générale de presque toutes les articulations, dont le développement s'est accru et complété par la croissance du sujet. Dans un autre cas, c'est encore une chute d'un lieu élevé, mais sur la partie inférieure de la colonne. Une fracture incomplète des vertèbres a produit immédiatement de la paralysie, laquelle, à mesure que la colonne s'est consolidée dans sa direction normale, s'est graduellement dissipée et a été remplacée par la contracture des muscles des jambes, et finalement par la rétraction réalisant les pieds bots les mieux caractérisés.

Que manque-t-il à ces faits, choisis exprès aux deux extrêmes de la série étiologique, pour avoir le caractère d'expériences directes? C'est bien la lésion du système nerveux provoquée en quelque façon artificiellement, et reproduisant artificiellement, avec les mêmes symptômes, les mêmes caractères, c'est-à-dire avec des résultats semblables, pour ne pas dire identiques, la maladie cérébro-spinale spontanée, qui est produite par cause interne, et révélée seulement par ses effets. Il n'y a d'autre différence entre ces expériences, dues au hasard, et celles qui pourraient être instituées directement, si ce n'est que les premières peuvent être multipliées et reproduites à volonté, et, par conséquent, conduire à une détermination rigoureuse des conditions où la provocation artificielle donnera à coup sûr les mêmes effets. Mais ceci est un autre ordre de faits encore. Ce qu'il importait d'établir expérimentalement, c'est qu'une lésion traumatique du cerveau ou de la moelle peut réellement produire les résultats que l'induction avait permis de conclure de l'analyse des faits spontanés par cause interne; c'est que la contracture est une phase, un mode particulier de la paralysie; c'est que les muscles rétractés produisent les difformités; c'est que la rétraction frappe les muscles d'un arrêt de développement, en vertu duquel ils ne peuvent suivre la croissance du squelette, et complètent progressivement le développement des difformités. Toutes ces conclusions de l'observation ne ressortent-elles pas directement des deux ordres d'expériences que l'auteur vient d'analyser?

Voilà donc les trois premiers termes de la formule étiologique expérimentalement reproduits avec les caractères formulés par l'observation, à savoir, la lésion nerveuse, ou cause éloignée, la rétraction musculaire, ou cause directe, et la relation essentielle de ces deux faits. Pour compléter cette démonstration expérimentale, il faudrait pouvoir reproduire instantanément les formes spécifiques des difformités dans leurs rapports avec les éléments mécaniques de la cause immédiate, c'est-à-dire avec la rétraction nettement spécifiée, localisée dans certains muscles. Cette dernière expérience, quoique impossible dans la généralité des cas, parce que les difformités reçoivent, pour l'accomplissement successif de leurs formes caractéristiques et définitives, le concours de causes intercurrentes, peut néanmoins être réalisée dans certaines conditions, comme on va le voir.

Il existe un mode particulier de rétraction que M. J. Guérin appelle la *rétraction spasmodique intermittente*, caractérisée par un raccourcissement des muscles assez facile à vaincre, mais qui se reproduit instantanément, en l'absence de la volonté, sous l'influence d'une secousse du membre ou d'une cause morale. Les difformités, les pieds bots, par exemple, produits par ce mode particulier de rétraction chez les jeunes sujets, peuvent, après quelques efforts, être réduits plus ou moins complètement avec la main. Tout-à-coup le spasme musculaire re-

vient, s'accuse par la tension et le soulèvement des muscles, et reproduit exactement, sous les yeux de l'observateur, la difformité avec les caractères spécifiques qu'elle avait avant l'expérience, caractères qui répètent rigoureusement ceux des autres difformités analogues. L'auteur a répété plusieurs fois cette expérience sur certains pieds bots. Est-il possible de méconnaître la rétraction musculaire expérimentant et mettant hors de doute, par ses alternatives de relâchement et de retrait, la subordination de la difformité à la rétraction des muscles, et le rapport immédiat, l'harmonie profonde entre l'action spécifique de ces muscles et la forme spécifique de la difformité, rapport qui s'observe d'une manière permanente avec la rétraction continue dans les difformités permanentes? Ne sont-ce pas, de part et d'autre, les mêmes formes, les même directions? Les degrés et la durée seuls varient. La même expérience, à peu près, se répète à chaque instant dans les pieds bots les plus ordinaires chez les enfants, et surtout pendant le traitement de la difformité : tout-à-coup la rétraction des muscles dont elle dépend s'exagère sous l'influence des mouvements volontaires ou pendant les pleurs de l'enfant, et avec elle le pied bot, partiellement réduit par les machines ou diminué par le relâchement du repos, reparaît plus prononcé qu'auparavant et avec tous les caractères de forme, de direction qui dépendent de l'action spéciale et de l'intensité d'action des muscles qui sont le siége de la rétraction.

Aux faits qui précèdent, considérés comme des expériences, l'auteur en ajoute un dernier qui complète leur signification. « J'eus à traiter, dit-il, deux enfants jumeaux, atteints chacun d'un double pied bot congénital : je les guéris complètement de leur difformité à l'aide du plâtre coulé et des machines. Le traitement était terminé depuis six mois, lorsque l'un des deux fut pris d'une affection cérébrale convulsive, qui reproduisit en trois jours les deux pieds bots, tels qu'ils avaient été avant leur redressement. Je les traitai et les guéris de nouveau, et, comme si la première expérience n'avait pas suffi, un an après le même sujet fut repris de convulsions moins fortes que les précédentes, et l'un des pieds bots seulement, celui qui avait été le plus prononcé, revint, mais à un degré moindre que la première fois. Dans les trois cas, c'est-à-dire à la naissance, après la première et la seconde attaque de l'affection cérébrale, les pieds bots s'étaient présentés avec les formes et les éléments anatomiques les plus exactement semblables. Cependant, à la naissance, ces deux jumeaux offraient les apparences de la plus parfaite santé, et leur double difformité était la seule trace qu'ils présentassent de l'affection intra-utérine qui l'avait produite. » Cette dernière expérience, la plus complète et la plus concluante de toutes, n'offre-t-elle pas à elle seule la reproduction des quatre termes de la formule étiologique dans leurs caractères propres, et leurs caractères de connexion et de relation essentielle : n'y lit-on pas en toutes lettres la maladie cérébrale, la contracture musculaire, cette contracture procédant de la lésion nerveuse, et les difformités mécaniquement produites par les muscles rétractés, le tout offrant la répétition matérielle d'un fait qui s'était passé pendant la vie intra-utérine?

IV. Mémoire sur le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique.

L'ophthalmie, si improprement appelée gonorrhéique, est une maladie terrible qui conduit presque inévitablement, si l'on n'arrête promptement sa marche, à la destruction des cornées, et aux altérations les plus graves de la vision. Les ophthalmologistes ont compris la nécessité de lui opposer un traitement très-actif, et ils se sont assez généralement accordés, dans ces derniers temps surtout, à lui donner pour base les évacuations sanguines et les caustiques. Quelques-uns insistent particulièrement sur l'emploi de copieuses saignées générales et locales; d'autres ont recours en même temps à l'application du nitrate d'argent sous forme solide ou en solution plus ou moins concentrée, M. Sanson joint l'excision à la cautérisation, et M. Sichel redoute de mettre en pratique ces procédés, qui lui ont procuré, dit-il, des inconvénients et des conséquences désastreuses ; en général, quel que soit le mode de traitement que l'on adopte, on a chaque jour encore des malheurs à déplorer, dans des cas même qui semblaient présenter des chances de succès, et bien souvent il est difficile de décider si c'est au procédé qu'il faut s'en prendre, ou à la marche défectueuse suivie dans son emploi; car les descriptions que l'on en donne ne manquent que trop souvent de ces détails précis et minutieux, *magni momenti minutiæ*, si nécessaires en médecine pratique.

Mais d'abord est-on bien sûr que les évacuations sanguines soient utiles dans cette maladie? Nous avons traité un assez grand nombre de malades par les saignées poussées jusqu'à la syncope, ou pratiquées coup sur coup, et pendant que les veines du bras, les artères temporales, de nombreuses piqûres de sangsues repandaient des flots de sang, la cornée se ramollissait, s'ulcérait, se désorganisait comme si rien n'eût été fait. Nous avons même été tenté de soupçonner que ces copieuses pertes de sang sont nuisibles, en voyant le mal s'arrêter chez des malades auxquels le caustique seul avait été appliqué, tandis qu'il poursuivait sa marche chez ceux que l'on soumettait en même temps à de nombreuses saignées. Ces faits

nous ont porté à renoncer aux évacuations sanguines dans la blennophthalmie syphilitique, et nous n'y avons recours que dans les cas où la forte constitution du sujet, un état pléthorique, ou l'extrême intensité des phénomènes locaux, en indiquent positivement l'emploi.

Nous osons à peine envelopper dans la même réprobation tous ces moyens accessoires, si chers à beaucoup de médecins, le calomel, les purgatifs, les pédiluves, les fomentations d'eau froide, et même les vésicatoires, moyens dont l'usage est fondé sur des idées systématiques plutôt que sur des données puisées dans la rigoureuse observation des faits. Quelques-uns d'entre eux peuvent toutefois être utiles, mais, ainsi que les évacuations sanguines, dans certaines circonstances particulières; nous ne dirons rien des nombreux collyres conseillés dans cette maladie, de l'usage interne du poivre cubèbe ou du baume de copahu, secours bien lents et bien faibles contre un mal dont les progrès sont si rapides; ni enfin de l'importance, futile selon nous, qu'attachent quelques médecins à rappeler l'écoulement uréthral, écoulement qui d'ailleurs est très-rarement supprimé.

Il n'en est pas ainsi du nitrate d'argent surtout lorsqu'il est encore possible de l'appliquer immédiatement sur toute l'étendue des surfaces muqueuses des paupières, tant supérieures qu'inférieures; c'est pour nous le remède par excellence de l'ophthalmie gonorrhéique, celui qui arrête le plus promptement et le plus sûrement ses progrès, et son emploi, bien dirigé par une main prudente et exercée, n'est jamais suivi d'inconvénients.

Il est permis de penser que les phénomènes si rapidement désastreux, propres à la maladie dont nous nous occupons, sont dus à la présence d'un virus, d'un principe désorganisateur d'une extrême activité, et il est constant que cet agent exerce primitivement ses ravages sur les membranes muqueuses palpébrales, à en juger par leur rougeur, leur boursouflement et l'abondante sécrétion de mucus, qui se montrent d'abord, avant que la surface oculaire soit elle-même affectée; l'induction suffirait pour indiquer l'utilité de la cautérisation, si les faits n'étaient là pour la mettre hors de doute.

Quelle que soit, au reste, l'idée que l'on se forme de la cause première de la maladie, il est nécessaire, pour obtenir un plein succès, que les surfaces conjonctivales des paupières soient cautérisées dans toute leur étendue, que surtout les boursouflements muqueux des paupières supérieures, qui influent si grandement, selon nous, sur le développement des accidents graves, n'échappent point à l'action de ce puissant modificateur, que la cornée soit préservée des atteintes du caustique, et enfin que l'œil, resté sain en apparence, soit également et en même temps soumis à la même médication. Voici comment nous procédons pour remplir toutes ces conditions.

Nous cautérisons dès le premier moment les muqueuses des quatre paupières. Le plus souvent un œil seulement est malade d'abord, et c'est ordinairement l'œil droit; mais on sait que son congénère a la plus forte disposition à le devenir, et si l'on y regarde de près, si on a soin d'explorer ces deux paupières, on acquiert la certitude que, dès le principe, la conjonctive qui revêt leur surface interne est déjà devenue rouge, souvent même un peu épaissie et rugueuse. Or si, donnant tous ses soins au premier, on abandonne celui-ci à lui-même, il est rare que la purulence ne s'y établisse pas tôt ou tard, et nous avons vu plus d'une fois, la cornée étant déjà altérée d'un côté, le mal se développer de l'autre, et entraîner enfin la perte complète de la vue. La cautérisation ainsi appliquée à temps à l'œil qui semblait resté intact considéré superficiellement, est un sûr moyen d'empêcher que la maladie ne l'envahisse à son tour; et les légers inconvénients de cette cautérisation, tout-à-fait innocente d'ailleurs, ne sont rien en comparaison des chances terribles de désorganisation dont cet organe est menacé.

Cette opération n'est, si je puis m'exprimer ainsi, qu'un jeu pour les médecins militaires belges; nous cautérisons tous les jours une à une les paupières granuleuses d'une foule de nos soldats; mais les difficultés que nous avons rencontrées dans les commencements, les accidents que nous éprouvions et que l'expérience nous fait éviter aujourd'hui, montrent qu'il faut de l'habitude, de l'exercice pour la bien faire, pour la pratiquer avec facilité et promptitude, ce qui est surtout nécessaire ici, et en songeant à ces difficultés, nous sommes moins étonné que des praticiens d'un grand mérite craignent de la mettre en pratique.

Nous commençons par la paupière supérieure du côté affecté, partie de l'opération la plus délicate et la plus difficile. Le malade étant assis, on la renverse, et nous supposons qu'il est encore possible de le faire; on recommande au malade de regarder en bas, un aide abaisse la paupière inférieure, et, après avoir rapidement abstergé avec un linge fin les mucosités puriformes dont la paupière supérieure renversée est chargée, on passe aussitôt sur sa surface muqueuse le cylindre de nitrate d'argent taillé en crayon mousse, en ayant soin que les replis muqueux supérieurs et les angles de l'œil n'échappent pas à son action : immédiatement après, on promène à plusieurs reprises, sur la surface cautérisée, un pinceau imbibé d'huile d'olives. Mais, si l'on replace immédiatement dans sa position normale la paupière ainsi largement cautérisée, on court le risque de voir ensuite la transparence de la cornée altérée par la portion non combinée du caustique, et l'année dernière encore, la crainte de cet accident, que nous avions fréquemment

observé, nous avait fait préconiser un autre mode de traitement propre à remplacer l'application immédiate du nitrate d'argent à la paupière supérieure (1). Depuis cette époque, nous avons trouvé un moyen très-simple de prévenir sûrement cette altération du miroir de l'œil ; c'est de saisir par ses cils cette paupière encore renversée, de lui faire décrire un arc de cercle qui l'éloigne de la cornée, et, après l'avoir attirée fortement en bas, de la placer et de la maintenir pendant quelques instants au devant de la paupière inférieure, en la tenant toujours par ses cils; la cornée transparente, cachée en partie derrière cette dernière paupière un peu relevée, reste intacte à l'abri du contact du caustique en excès, qui se trouve bientôt suffisamment étendu ou entraîné au dehors par les larmes.

La paupière supérieure cautérisée, nous passons à l'instant à la paupière inférieure du même côté ; on la renverse, et, le malade portant les yeux en haut, on l'essuie, on promène le crayon de nitrate d'argent sur toute sa muqueuse tuméfiée, on l'absterge en y passant plusieurs fois le pinceau huileux et on la relève aussitôt, car ici l'inconvénient dont nous avons parlé plus haut n'est nullement à craindre.

Cette opération terminée d'un côté, nous la pratiquons immédiatement après sur l'œil moins malade ou resté sain en apparence, en suivant la marche et en prenant les précautions que nous venons de décrire. La cautérisation s'opère ici avec d'autant plus de promptitude et de facilité, qu'il n'existe pas ou que très-peu de tuméfaction aux paupières.

Après cette cautérisation, que l'habitude apprend à rendre plus ou moins forte ou profonde suivant les cas, nous ne faisons plus rien, nous abandonnons le malade à lui-même, en recommandant seulement, outre la diète et le séjour au lit, de lui laver fréquemment les yeux avec de l'eau tiède. Jamais surtout nous n'avons recours aux applications d'eau froide, si souvent recommandées dans cette circonstance; nous pensons qu'il est nécessaire de laisser au caustique toute la plénitude de son action, et que ces applications peuvent par conséquent faire manquer le but qu'on se propose. Au reste, les douleurs que provoque la cautérisation, quelquefois très-vives dans les premiers moments, sont ordinairement peu durables, et on ne retrouve communément le lendemain qu'une forte tuméfaction des paupières, avec une abondante sécrétion muqueuse, phénomènes qui se dissipent peu à peu et ne doivent inspirer aucune inquiétude. Jamais nous n'avons vu la cautérisation occasionner des accidents inflammatoires formidables; elle donne lieu à une sorte de contre-stimulation assez vive, mais momentanée, qui remplace la stimulation morbide si dangereuse, pourvu que déjà la maladie n'ait pas fait des progrès tels que sa marche ne puisse plus être enrayée.

Nous avons trouvé utile de remplacer, le deuxième ou troisième jour, les ablutions d'eau tiède, par l'usage d'un collyre mercuriel, composé d'un grain de sublimé corrosif dissous dans huit onces d'eau distillée, également employé tiède, et plus tard nous cessons toute application liquide pour faire frictionner deux fois par jour les paupières et les parties voisines avec la pommade ophthalmique, formée de quatre grains de précipité rouge pour un gros d'axonge. L'ophthalmie gonorrhéique laisse après elle, cachés sous les paupières, des engorgements granuleux de leur muqueuse, qu'un examen superficiel ne fait pas découvrir, et qui peuvent avoir plus tard les conséquences les plus fâcheuses; il faut leur opposer le traitement actif que nous avons indiqué dans le travail déjà cité, inséré dans ce Journal.

Lorsque la conjonctive scléroticale est soulevée en bourrelet autour de la cornée, il est urgent de chercher d'abord à diminuer la tension et l'engorgement de cette partie, en y pratiquant de légères excisions à l'aide de petits ciseaux courbes que l'on y applique à plat. Une circonstance très-fâcheuse encore, c'est le gonflement douloureux de la paupière supérieure, porté au point de rendre impossible le renversement de cette paupière; cet état est non seulement l'indice du haut degré de gravité auquel est déjà arrivée la maladie, mais il s'oppose encore à ce qu'on attaque immédiatement par le caustique les boursouflements muqueux cachés sous la partie tuméfiée, principal foyer du mal. Il ne reste d'autre ressource alors que d'y faire pénétrer une solution de nitrate d'argent, à l'aide d'une petite seringue d'ivoire, et nous avons remarqué que cette médication est d'autant plus efficace et même plus facilement tolérée, que la solution est plus chargée. Nous pensons qu'un et même deux gros de ce sel par once d'eau distillée, comme le conseille le docteur Wood, de Glascow, dans l'ophthalmie des enfants, n'est pas une dose trop forte pour que le but qu'on se propose soit complétement atteint. Une goutte d'huile d'olives, préalablement étendue sur la cornée, pourra défendre cette membrane contre les atteintes du caustique. Si un œil était déjà perdu au moment où l'on est appelé près du malade, il faudrait se hâter de passer le cylindre de nitrate d'argent sur les muqueuses palpébrales de l'autre, parût-il entièrement intact au premier aspect; c'est, comme nous l'avons dit, un moyen sûr d'empêcher l'extension de la maladie de ce côté, et jamais nous n'avons vu

(1) Voyez notre travail sur la cautérisation appliquée au traitement des granulations palpébrales à l'état chronique, inséré dans le cahier de juillet 1839 de ce journal, p. 14.

son emploi suivi de conséquences fâcheuses.

La cautérisation, telle que nous l'avons décrite, n'est pratiquée qu'une fois; une seule application du caustique bien faite, assez forte, étendue à toutes les surfaces muqueuses palpébrales, suffit pour arrêter le mal, lorsqu'il n'a pas porté trop loin ses ravages. L'inutilité de cautérisations répétées est d'autant plus avantageuse que quelques faits malheureux nous ont porté à croire que, dans l'état aigu, des applications fréquentes de nitrate d'argent, ou l'usage prolongé d'une forte solution de ce sel, peuvent donner naissance à des altérations de la cornée, et même à la suppuration de cette membrane.

Les faits suivants, les derniers qui se soient présentés à notre observation, montreront combien ce traitement est précieux, lorsque la maladie n'est pas encore parvenue au degré d'intensité qui la rend réfractaire à toutes les ressources de l'art.

Obs. I.—Delval, soldat au troisième de ligne, âgé de vingt ans, lymphatique-sanguin, d'une constitution assez forte, avait depuis deux à trois semaines un écoulement uréthral, devenu léger et indolent, lorsque son œil droit rougit tout-à-coup et se chargea bientôt de matière puriforme. A son entrée à l'hôpital, le 2 mai dernier, troisième jour de la maladie, cet organe était injecté et baigné de mucus jaunâtre épais; un peu de sérosité soulevait çà et là la conjonctive scléroticale; un point douloureux se faisait sentir sous la paupière supérieure; les paupières étaient légèrement tuméfiées et leur muqueuse était rouge et boursouflée à un degré encore modéré; l'œil gauche semblait resté entièrement étranger à la maladie, cependant, en renversant ses paupières, on découvrait que leur muqueuse était uniformément rouge et un peu épaissie. L'écoulement de l'urèthre existait comme auparavant.

Nous passâmes aussitôt, avec les précautions et les soins indiqués plus haut, le cylindre de nitrate d'argent sur la surface muqueuse des quatre paupières; puis, le malade ayant été couché dans une salle à demi obscure, et mis à la diète, on lui fit à de courts intervalles sur les yeux de douces ablutions d'eau tiède.

Une vive douleur avait suivi la cautérisation, mais le lendemain elle avait entièrement cessé, ainsi que celle qui existait auparavant sous la paupière supérieure du côté malade. Les yeux étaient alors plus rouges, la tuméfaction des paupières était plus forte, la sécrétion puriforme plus copieuse. Ces phénomènes inséparables de la cautérisation avaient déjà beaucoup diminué d'intensité le troisième jour. Le collyre mercuriel fut alors mis en usage. Le huitième jour il ne restait plus aux yeux que de la rougeur; et aux paupières que les engorgements muqueux qui persistent constamment après l'ophthalmie purulente. Les frictions de pommade de précipité rouge, employées plus tard achevèrent de rendre aux yeux toute leur netteté, et à la fin du mois cet homme fut renvoyé à son corps pour être soumis aux cautérisations répétées, au moyen desquelles on poursuit, dans nos régiments, jusqu'à leurs dernières traces, les granulations palpébrales, cause première de l'ophthalmie qui a si long-temps désolé notre armée.

Le second fait diffère peu de celui que nous venons de rapporter.

Obs. II.—Hazette, tambour au même régiment, âgé de vingt-deux ans, brun, de force moyenne, ayant un écoulement uréthral chronique, fut pris d'ophthalmie le 19 mai, sans que cet écoulement fût supprimé. A son arrivée à l'hôpital, le 21, il y avait, à l'œil gauche, rougeur de la conjonctive scléroticale, sans traces de chémosis, tuméfaction et douleur à la paupière supérieure, écoulement médiocrement abondant de liquide puriforme; l'œil droit était un peu injecté, et les muqueuses des quatre paupières étaient rouges et engorgées, à un degré beaucoup plus élevé toutefois du côté où la purulence était établie. Le même traitement fut aussitôt mis en usage. Les phénomènes qui suivirent la cautérisation furent moins intenses que dans les cas précédents, et ils se dissipèrent avec plus de promptitude. Le 30, il ne restait plus qu'un peu de rougeur à la conjonctive scléroticale, qui ne tarda pas à s'effacer complétement sous l'influence des frictions de pommade ophthalmique, et cet homme rejoignit son corps au commencement du mois de juin, pour y subir le traitement ordinaire des altérations granuleuses chroniques des paupières.

Gouzée,

médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers

V. Des acéphalocystes des poumons et des accidents qu'ils déterminent.

Il n'est point d'organe dans l'économie, peut-être, où l'observation n'ait conduit à constater la présence d'hydatides : inversement à ce qui arrive ordinairement chez certains ruminants, comme les bœufs, les moutons, et chez lesquels, comme on sait, ces produits vivants se développent très-fréquemment, chez l'homme on n'observe que très-rarement l'acéphalocyste solitaire, c'est presque toujours l'acéphalocyste multiple ou prolifère qu'on y rencontre. Malgré cette différence, dont la raison se trouve sans doute dans la nature des milieux au sein desquels ces êtres vivants se développent, dans l'espèce humaine, comme chez les animaux, ce sont les mêmes organes qui deviennent le plus souvent le siége de ces produits anormaux, à savoir : le foie et les poumons. M. le professeur Cruveilhier, qui a publié, il y a quelques années, un travail remarquable sur les acéphalocystes de l'espèce humaine, et qui a essayé par de nombreuses observations, comme par d'intéressantes inductions fondées sur des considérations de physiologie spéciale ou comparée, de jeter quelques lumières sur la question si obscure de l'origine de ces êtres parasites au sein des tissus vivants, n'est point éloigné de placer cette étiologie dans la présence de molécules non assimilées, en d'autres termes de germes, qui circuleraient dans nos organes avec le sang : ces germes, échappés à l'action destructive des organes digestifs, conserveraient, suivant cette théorie, au milieu de la masse du sang auquel ils sont mêlés, leur aptitude

à vivre, et cette vie en puissance se réaliserait dans les tissus, qui offriraient aux germes déposés les conditions favorables à leur développement : quelques expériences tentées par cet habile observateur sur les animaux lui ont appris, en effet, que l'humidité, l'abondance, la mauvaise qualité, ou la qualité végétale de la nourriture avaient une influence incontestable sur le développement des acéphalocystes : M. Dupuy d'Alfort, par des expériences plus nombreuses et plus répétées, est arrivé, sur le même point de doctrine, à des résultats qui se concilient très bien avec celui que nous venons d'indiquer. C'est donc là un premier fait qui tend à établir que c'est dans le mode d'alimentation qu'il faut chercher la cause première de la maladie : un second fait qui vient ajouter l'autorité d'une induction légitime au fait purement expérimental qui précède, c'est que les deux organes dans lesquels se développent principalement les acéphalocystes sont deux organes d'hématose, le foie et le poumon, auxquels aboutit la totalité ou une grande partie du sang. N'est-ce point de même à leur qualité d'organes d'hématose surtout, de confluents du fluide sanguin, que ces deux appareils doivent le funeste privilége dont ils jouissent, d'être atteints d'abcès multiples dans l'injection purulente déterminée par la phlébite, ou les grandes surfaces en suppuration, quand si souvent les autres organes en sont complétement affranchis : nous savons qu'on pourrait opposer plus d'une objection à cette manière d'expliquer la présence d'êtres vivants au sein de l'organisme. Cependant, comme de toutes les théories qui ont été proposées, celle-ci est à peu près la seule qui conclue à une pratique, c'est-à-dire à une hygiène applicable, nous avons cru que nous devions au moins l'indiquer.

Nous allons maintenant examiner rapidement les symptômes que développent les acéphalocystes ayant leur siége dans la cavité thoracique; que si ces symptômes ne nous offrent rien de spécial propre à caractériser la maladie, ils nous indiqueront au moins les formes variées que celle-ci peut revêtir, et, ce tableau une fois bien gravé dans notre pensée, nous pourrons peut-être dans quelques cas, en usant avec habileté de la méthode d'exclusion, être conduits à soupçonner le mal. Pendant long-temps les observateurs ont confondu les acéphalocystes avec les simples kystes séreux, c'est pourquoi la plus grande partie de leurs observations sur ce sujet intéressant sont à peu près complétement perdues pour nous : depuis que des caractères propres ont été assignés à chacun de ces produits morbides, ils ont été le plus souvent très-nettement distingués, et les observations relatives aux kystes hydatiques ont acquis une valeur scientifique dont elles manquaient jusque-là.

M. le professeur Andral a rapporté dans sa clinique sept observations d'acéphalocystes pulmonaires : dans ces divers cas aucun diagnostic précis ne fut porté ; l'ensemble des symptômes indiquait bien une altération plus ou moins profonde dans le parenchyme pulmonaire ou son enveloppe, ainsi chez l'un des tubercules, chez un autre un emphysème, chez un troisième une pneumonie ou une pleurésie chronique; mais, dans aucun de ces cas, la spécialité de la lésion que l'anatomie morbide découvrit ne fut soupçonnée pendant la vie. Lorsque l'auteur que nous venons de citer recueillit les faits qui précèdent, l'auscultation, la percussion n'avaient point encore atteint le degré de précision auquel elles sont arrivées aujourd'hui : nous ne disons pas que si M. Andral avait l'occasion d'observer les mêmes faits que ceux que nous venons de rappeler, il parvînt à diagnostiquer la spécialité de produits morbides, qui alors lui échappa, mais nous sommes convaincu que, procédant en pareille circonstance par voie d'exclusion, il arriverait dans plusieurs de ces cas à rejeter ou au moins à n'admettre que comme possible la lésion à laquelle, il y a vingt ans, s'arrêta son diagnostic : or, arrivé à ce doute, il est vraisemblable que le soupçon au moins de la véritable nature du mal lui viendrait à la pensée : un seul symptôme se rencontre également, d'ailleurs, chez presque tous les malades dont nous trouvons l'histoire esquissée dans la *Clinique*, c'est un état de dyspnée habituel qui devient dans quelques cas une véritable orthopnée. Il en est de même dans les quatre observations sur la même maladie, rapportées par M. Cruveilhier dans le travail dont nous avons déjà parlé; le symptôme commun à ces divers cas, c'est une gêne de la respiration qui existe ordinairement, et qui conduit chez deux malades à des accès violents de suffocation, au milieu desquels ils succombent : nous avons nous-même, du reste, observé un cas de ce genre des plus remarquables et que nous allons rapporter.

La femme Denis, âgée de trente-quatre ans, d'une constitution forte et vigoureuse, mariée, et n'ayant eu qu'un enfant qui est petit, malingre, et présente une remarquable faiblesse dans les membres inférieurs, a joui constamment d'une bonne santé jusqu'à l'année 1837, où elle devint sujette aux maux de gorge, nous dit-elle, et où en même temps elle crut s'apercevoir que sa respiration devenait plus courte quand elle marchait un peu vite et surtout montait des escaliers : ces maux de gorge, dont nous n'avons jamais bien pu préciser le caractère, s'accompagnaient ordinairement, à ce qu'il semble, d'un peu de fièvre et d'une toux légère : tous ces accidents duraient quelques jours, puis la malade reprenait son état ordinaire. Dans les premiers jours de mai 1839, la femme Denis fut prise des accidents, que nous venons d'indiquer, et auxquels furent opposés une saignée de bras, des sinapismes et une diète presque complète. Cependant le

mal persistait, quand tout-à-coup, et sans que rien annonçât un si brusque changement, rien qui nous ait été signalé au moins, une violente suffocation se manifeste. Lorsque nous vîmes pour la première fois la malade, cette suffocation existait déjà depuis plusieurs heures, sans que des saignées abondantes, des révulsifs extrêmement actifs, l'eussent en rien diminuée : voici, du reste, l'état dans lequel nous trouvâmes la malade, et le résultat succinct de l'examen clinique auquel nous nous livrâmes. Facies de l'asphyxie, col fortement gonflé et sous la peau duquel saillissent les gros vaisseaux comme des cordes tendues, emphysème cellulaire de la partie supérieure du thorax ne descendant point au delà des deux premières côtes, et ne dépassant point la clavicule : en avant respiration pure, mais rapide comme les mouvements qui abaissent et élèvent alternativement le thorax. En arrière nous pouvons à peine ausculter, tant le moindre mouvement est mal supporté par la malade; cependant là où notre oreille s'est posée un instant en bas à droite, nous avons entendu le bruit de la respiration, mais faible. Le pouls est fréquent, sans dureté, la peau surtout à la face est constamment couverte d'une sueur qui se refroidit rapidement. Le cœur ne nous a offert rien d'anormal. La malade interrogée ne répondait dans les premiers temps que d'une voix soufflée, entrecoupée, qui bientôt même devint impossible : ses mains se portaient à chaque instant, et comme on le voit souvent chez les enfants dans le croup, à la partie antérieure du col, comme pour en arracher l'obstacle qui empêchait la libre respiration. La soudaineté, la violence des accidents, comme aussi les symptômes négatifs que nous venons de rappeler, nous firent penser à un œdème de la glotte; une exploration aussi complète qu'elle peut l'être dans un cas comme celui-ci, où le moindre obstacle nouveau à l'entrée de l'air dans la poitrine cause aux malades une anxiété mortelle, ne nous fit rien reconnaître de ce côté. Dans les quarante-huit heures environ que vécut encore la malade, deux ou trois nouvelles saignées furent pratiquées, le col fut couvert de sangsues; le tartre stibié fut employé tardivement, et ne provoqua point de vomissements; des révulsifs de toutes sortes furent appliqués, et enfin la malade succomba dans un état de véritable asphyxie.

Comme cette observation est déjà assez longue, bien que nous n'ayons fait pourtant qu'en esquisser les principaux traits, nous ne rapporterons que les résultats essentiels de l'autopsie qui fut pratiquée par moi en présence de l'un de nos honorables confrères, M. le docteur La Ferrière. Le larynx, la trachée-artère ne nous offrent rien autre chose qu'une injection légère de la muqueuse, qui tapisse leurs parois internes, et que recouvre un liquide spumeux abondant : une vaste poche développée aux dépens des médiastins, et que nous n'apercevons qu'en partie affaissée et vide, est placée entre les deux poumons qu'elle devait fortement comprimer; cette poche, qui a laissé des débris fortement adhérents à la surface interne du sternum, ne nous paraît avoir été ouverte que lors de l'autopsie : au moins, en l'examinant avec attention, nous ne trouvons nulle part de suppuration, d'usure, qui indiquent une rupture spontanée. Cette poche contient une grande quantité d'hydatides; d'un autre côté, nous en trouvons une quantité beaucoup plus grande encore qui nage au milieu du sang dont l'ouverture maladroite d'un gros vaisseau a inondé la cavité thoracique : ces hydatides sont constituées par une vésicule transparente, et contiennent un liquide en général limpide et incolore. Les parois de quelques-unes plus grosses que les autres sont épaisses, fortement opaques, quelques-unes sont comme ridées : d'autres ne sont plus qu'à l'état de débris.

Tels sont les résultats remarquables auxquels nous a conduit l'autopsie dans ce cas intéressant. La première question qu'on se pose en face d'un pareil fait est celle-ci : Comment une lésion si grave, si profonde, et dans le voisinage d'organes si importants à la vie, se concilie-t-elle avec la permanence de la vie pendant de longues années peut-être, et comment une lésion constante de la nature de celle que nous venons d'indiquer ne développe-t-elle pendant long-temps que des symptômes intermittents? Ce sont là deux questions que nous n'essaierons point de résoudre, mais sur lesquelles nous fixerons l'attention de nos lecteurs. Maintenant, que l'on rapproche ce fait de quelques-uns de ceux qui ont été publiés par divers auteurs, et notamment ceux que nous avons cités plus haut, et il deviendra évident que la forme symptomatique, par laquelle se traduisent surtout les hydatides pulmonaires, est un état de dyspnée habituelle sans les lésions ordinaires qui l'expliquent, et qui, dans les cas où la maladie doit se terminer fatalement, aboutit à une violente suffocation. Jusqu'ici, nous le répétons, aucun symptôme spécial ne peut être indiqué qui signifie la présence d'hydatides dans les poumons, et rien autre chose ; car il ne faut considérer que comme un vain acousmate, une simple illusion d'ouïe, ce prétendu bruit de collision, de bruissement dont on a tant parlé pendant quelques jours. A supposer que ce signe particulier fût réel, d'après la description qu'en ont donnée les auteurs qui disent l'avoir constaté, et qui le font consister dans un bruit, dans un froissement léger, fugitif, difficilement perceptible, à moins d'une très-grande habitude de l'auscultation, il est évident, dirons-nous, qu'en admettant même la réalité de ce bruit, dans les cas où les hydatides se sont développées dans certains organes, le foie, par exemple, il n'aurait aucune valeur dans les hydatides de la cavité thoracique, effacé qu'il y serait inévitablement par les bruits des poumons ou du cœur. Si donc l'on

veut arriver au diagnostic de cette maladie, dans les cas assez fréquents où elle se rencontre, il faut se bien pénétrer de la forme symptomatique que l'observation nous démontre qu'elle revêt le plus souvent, puis exclure successivement les états morbides que des caractères plus positifs nous signalent : en usant habilement de cette méthode, nous sommes persuadé qu'avec nos moyens avancés d'investigation, l'on arrivera plus d'une fois à un diagnostic sinon certain, au moins très-probable : eh ! mon Dieu, ne nous montrons point si rigoristes sur certains points, n'oublions jamais que le terrain sur lequel nous nous tenons est souvent un terrain de simple probabilité.

Un renseignement important, qui peut jeter une grande lumière sur ce diagnostic si difficile, mais dont on se prive presque toujours, parce qu'en général on ne pèse point avec une suffisante attention les renseignements que les malades donnent sur leurs antécédents, c'est l'expectoration d'hydatides entières, ou de simples débris, qui le plus souvent sont assez clairement désignés pour qu'on ne conserve point de doute sur leur nature. C'est ainsi, par exemple, que, dans l'observation que nous venons de citer, les parents de la malade nous dirent à plusieurs reprises qu'il lui était arrivé quelquefois d'expectorer comme des peaux enroulées sur elles-mêmes, et que cette singulière expectoration la soulageait constamment : nous n'avons, nous devons l'avouer, tenu aucun compte de cette remarque, que nous ne nous sommes même rappelée qu'en présence des résultats nécroscopiques. Voyez cependant combien elle eût pu nous éclairer, non seulement pour porter notre diagnostic, que nous avons gardé *in petto*, mais encore pour établir les bases d'une thérapeutique rationnelle. La nature de la lésion à laquelle notre malade a succombé ne peut nous laisser le plus léger doute sur la complète inutilité des émissions sanguines employées si largement ; il n'y avait qu'un moyen qui offrît quelque chance de sauver la malade, c'était le vomissement provoqué dans la vue d'aider à l'expulsion des hydatides, qui, dans d'autres circonstances, étaient sorties spontanément par les bronches : on pourrait objecter que par là on s'exposerait à aggraver le mal, en déterminant la rupture d'un kyste hydatique qui ne serait point encore brisé : mais ici ou jamais, c'est le cas d'appliquer le principe, *melius anceps remedium quam nullum :* quand la suffocation est arrivée à ce degré, la mort est inévitable, si on n'enlève l'obstacle qui empêche l'ampliation pulmonaire.

Avant de terminer cet article, dans lequel nous avons touché à un sujet que couvre encore une si profonde obscurité, nous voulons rapporter en quelques mots un nouveau cas d'hydatides pulmonaires, que nous avons eu dernièrement occasion d'observer, et dans lequel quelques hydatides en débris ou entières ont été spontanément rendues. La malade, atteinte d'une affection organique du cœur, à laquelle elle a fini par succomber, se plaignait surtout d'une très-forte oppression, et à laquelle nous ne pouvions plus opposer dans les derniers temps que les simples anti-spasmodiques : un jour je prescrivis à ma malade de l'éther, et lui conseillai d'en aspirer fréquemment : il lui sembla que ce moyen calmait son oppression, c'est pourquoi elle en usa largement. Mais le lendemain je fus fort étonné, quand la malade me montra une assez grande quantité d'hydatides qu'elle avait expectorées. Je lui conseillai de continuer un moyen qui lui avait si bien réussi, et, pendant deux ou trois jours, elle rendit encore quelques acéphalocystes, ou de simples débris, et puis elle n'en rendit plus, bien qu'à divers intervalles je lui aie fait aspirer de nouveau la vapeur d'éther. Du reste, la maladie suivit sa marche ordinaire. L'éther aurait-il quelque influence sur la vitalité des acéphalocystes, comme il en a évidemment sur certains helminthes, qu'il tue aussi bien que les plus sûrs anthelminthiques, et dans ce cas particulier faudrait-il attribuer à cette influence l'expulsion d'hydatides que nous venons de signaler ? Nous ne le saurions dire. Mais le fait nous a paru assez intéressant pour que nous n'ayons point dû l'omettre. Au reste, dans une matière obscure, un fait, si mince qu'il soit, ne doit point être négligé, car le jour où la science sera constituée sur ce point, nul ne peut dire quelle en sera la valeur.

MAX. SIMON, D. M.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

AU RÉDACTEUR (1).

Monsieur,

Il est surprenant que dans votre estimable journal, dont la mission est de répandre au loin la lumière, de tenir les praticiens qui habitent la province au courant des progrès de la science, et de les instruire des nouvelles découvertes qui s'y rattachent, il n'ait pas encore été fait une seule fois mention d'un agent thérapeutique importé en France depuis bientôt deux ans, et sur lequel plusieurs médecins distingués de la capitale ont fait des expérimentations qui offrent un haut degré d'intérêt : je veux parler du *monesia*.

M. Bernard-Derosne, pharmacien à Paris, a écrit sur cette substance une notice instructive qui apprend qu'elle a été apportée de l'Amérique du Sud, sous la forme d'extrait sec, d'un brun foncé, presque noir, par un négociant français qu'un séjour prolongé dans ces contrées avait mis à même d'observer ses vertus curatives. Cet extrait, y est-il dit, est entièrement soluble dans l'eau, et sa saveur, qui est d'abord sucrée, devient bien-

(1) Cette lettre nous avait été adressée avant la publication de notre premier article sur le monésia. (N. D. R.)

tôt astringente, et laisse à sa suite une âcreté très-prononcée et très-persistante.

M. Bernard-Derosne a préparé avec l'extrait brut, 1° un extrait sec dépuré qui, dans ses propriétés physiques, offre la plus grande analogie avec l'extrait de ratanhia, et dont la saveur se rapproche éminemment de celle du bois de réglisse; 2° un extrait aqueux; 3° un sirop contenant par once six grains d'extrait; 4° une teinture hydro-alcoolique contenant trente-deux grains d'extrait par once; 5° une pommade contenant un huitième de son poids d'extrait.

Ce sont ces préparations qui ont été employées dans les expérimentations entreprises par MM. Alquié, Lisfranc, Martin Saint-Ange, Payen, Baron. Monod et autres, et elles paraissent l'avoir été avec un succès remarquable dans un certain nombre de maladies, telles que la diarrhée, la leucorrhée, l'hémoptysie, la métrorrhagie, la blennorrhagie, les ulcères cutanés de natures diverses, etc.

Jaloux de joindre mes efforts à ceux de ces honorables confrères, et de contribuer, pour ma faible part, à doter la matière médicale d'une substance qui se présentait sous de favorables auspices, et que je crois maintenant destinée à rendre d'importants services en médecine, je l'ai expérimentée avec soin depuis six mois, et bien que les applications que j'en ai faites se trouvent jusque-là assez restreintes, néanmoins les résultats en sont si avantageux que j'ai hâte, dans l'intérêt de la science, et pour appeler un plus grand concours, de les publier dès aujourd'hui; me réservant de vous faire connaître plus tard le résultat des recherches que je me propose de poursuivre.

Obs. I. — Aimée Lemaire, en nourrice à Dammartin, âgée de neuf mois, d'une constitution très-frêle et très-délicate, a la diarrhée depuis environ six semaines. Les selles sont nombreuses et tout-à-fait liquides, il y a quelques vomissements, le ventre est un peu tendu, la langue rouge, les gencives du haut légèrement gonflées, les yeux enfoncés, le pouls petit et fréquent, la peau sèche, l'amaigrissement extrême. La nourrice s'est bornée à donner de l'eau de riz.

Diagnostic. — Dentition difficile; irritation gastro-intestinale.

Le 12 novembre, je prescris une potion préparée avec une solution de gomme arabique, l'eau de chaux, le sirop diacode et la cire vierge, potion qui m'a souvent réussi en pareil cas, les frictions au scrobicule avec la pommade d'Autenrieth, les cataplasmes émollients sur le ventre, l'eau de riz en boisson et en lavements.

Sous l'influence de cette médication, la diarrhée ne tarde pas à disparaître, le ventre s'affaisse, le pouls est meilleur, et tout semble présager une guérison prochaine; mais, dès le 20, les selles sont redevenues et plus fréquentes et plus liquides que jamais, le ventre est ballonné, le pouls filiforme, la vie ne paraît plus tenir qu'à un fil. (Sirop de monésia à la dose de quatre cuillerées à café dans les vingt-quatre heures; un petit vésicatoire derrière chaque oreille.)

Le 22, il n'y a plus que deux selles; le 23, plus qu'une; amendement général.

Le 24, le mieux ne s'est pas soutenu; le cours de ventre a augmenté. (4 gr. d'extrait sec de monésia en pilule.) L'enfant ne tarde pas à tomber dans l'assoupissement et reste dans cet état pendant la nuit et toute la journée du 25; il n'y a plus de selles. (2 gr. d'extrait de monésia, lav. d'eau de guimauve.)

8 heures du soir. L'assoupissement continue; le ventre est dur et tendu; le pouls à peine sensible. (Lavement avec 16 grammes d'huile de ricin, synapisme aux pieds.) A peine une heure s'est-elle écoulée, que l'enfant témoigne par ses gémissements et son agitation qu'elle sent la moutarde.

Le 26, l'assoupissement est dissipé; le ventre est aplati; le pouls relevé; il y a eu pendant la nuit plusieurs selles liées, et dès lors la guérison n'éprouve plus d'entrave. Cette enfant a percé, sans accident, une dent au mois de septembre, et une au mois de janvier dernier; et elle jouit aujourd'hui, 4 mars, de la meilleure santé.

Obs. II. — Charles Gibert, de Crécy, âgé de treize ans, débile et petit de taille, a depuis dix-huit mois une irritation gastro-intestinale, qui occasionne de fréquents vomissements, et assez souvent le flux de ventre. Toutefois on ne lui fait suivre aucun traitement au collége de Juilly, où il est en pension, et lorsqu'il revient au mois d'août chez son père, la diarrhée ne l'a pas quitté depuis six mois; il est maigre, voûté, ridé, il a l'air d'un petit vieillard. Il est en outre atteint d'une laryngite chronique; il a la voix enrouée, il tousse fréquemment, il éprouve de la chaleur au larynx, il a une fièvre lente.

Le 22 septembre et jours suivants, j'ordonne l'eau de riz et huit gr. d'extrait sec de monésia; déjà, le 24, les selles sont, et moins fréquentes, et moins liquides, et en moins de huit jours, elles sont revenues à l'état normal.

Cependant l'enfant n'était pas toujours docile, il faisait de temps à autre quelques écarts de régime, qui provoquaient une ou deux selles, moitié liées, moitié liquides, et qui me faisaient, par précaution, revenir au monésia.

J'avais d'ailleurs employé, sur la région du larynx, tour à tour l'application des sangsues, les frictions avec l'huile de croton et l'onguent napolitain, les vésicatoires volants, les emplâtres de Vigo; et prescrit les boissons mucilagineuses, les fumigations émollientes, et les gargarismes aluminés.

Au mois de janvier, l'enfant était délivré depuis long-temps de ses vomissements et de son dévoiement; ses joues s'étaient remplies, ses rides avaient à peu près disparu; il se plaignait bien encore d'un peu de chaleur au larynx, mais il ne toussait plus, sa voix était un peu moins obscure; il n'avait plus de fièvre, son état enfin était aussi satisfaisant que possible, lorsque vers les premiers jours de février il a été atteint d'une fièvre cérébrale avec épanchement au cerveau, à quoi il a succombé le 21.

Le monésia, chez les deux malades qui précèdent, a bien incontestablement arrêté les vomissements et la diarrhée, en modifiant et en détruisant, par un mode d'action particulier, l'irritation qui existait à l'estomac ainsi qu'au tube intestinal; dans ces deux cas, comme dans ceux que je citerai tout à l'heure, son action a été prompte autant qu'efficace.

Aurait-il également exercé une action favorable sur la laryngite? cette maladie ayant été l'objet d'un traitement spécial, il n'est pas facile de se prononcer à cet égard; néanmoins, en raisonnant par analogie, on sera peut-être disposé à conclure par l'affirmative, après avoir lu l'observation suivante.

Obs. III. — Madame Gayardon, de Condé, âgée de quarante-cinq ans, mère de plusieurs enfants, blonde et d'un tempérament nerveux, a une large ulcération à fond grisâtre au bord antérieur du col utérin; le reste du col est très gonflé et le siége d'une rougeur érysipélateuse intense; il s'écoule par le vagin une sérosité muqueuse, blanchâtre, abondante.

Il existe des douleurs sourdes dans la région hypogastrique, ainsi qu'aux lombes et aux aines, des envies fréquentes d'uriner, des démangeaisons incommodes et un sentiment d'ardeur dans le vagin, des lassitudes, de l'inappétence.

Le 13 juillet, je conseille le repos absolu; l'usage des grands bains renouvelés chaque jour; des injections souvent répétées avec la décoction de racine de guimauve et de tête de pavots; des frictions aux aines avec une pommade composée de huit grammes d'iodure de plomb et soixante-quatre grammes de saindoux; la tisane de saponaire; une saignée de deux à trois palettes quelques jours avant chaque époque, et la cautérisation de l'ulcération deux fois par semaine, avec une solution de nitrate de mercure dans l'acide nitrique.

Un mois après l'emploi de ce traitement, il y a un mieux bien sensible, l'ulcération a diminué de largeur, le gonflement est moindre, la rougeur inflammatoire s'efface, le flux séreux semble tarir, l'appétit est revenu, il n'y a presque plus de douleurs à l'hypogastre ni aux lombes; mais, à partir de cette époque, la guérison ne fait plus aucun progrès, et même, vers la fin de septembre, les douleurs sont revenues pendant l'écoulement des règles; elles persistent après, et je remarque en outre avec chagrin que l'ulcération s'est étendue, que la rougeur est beaucoup plus vive et l'écoulement séro-muqueux plus considérable.

Le 30 septembre, je continue le même traitement, auquel j'ajoute deux injections chaque jour avec un demi-gros de teinture de monésia, étendue dans un demi-verre d'eau froide, et je remplace, pour les cautérisations, l'acide nitro-mercuriel par la pierre infernale.

A la fin d'octobre, madame Gayardon était radicalement guérie; elle n'avait plus ni ulcération ni écoulement.

Certes, si l'on songe qu'après une amélioration momentanée, madame Gayardon était revenue, après deux mois et demi de traitement, à peu près au même état où elle se trouvait avant de s'y soumettre, que dès l'instant où je la mets à l'usage du monésia, sa guérison fait des progrès rapides et sûrs, et se trouve complète en moins d'un mois, on ne peut se refuser à attribuer une bonne part de cette cure au médicament précité.

Obs. IV. — Clémentine Barrassé, en nourrice à Villiers, âgée de cinq mois, d'une faible constitution, a la diarrhée depuis qu'elle est au monde; elle n'a presque pas de sommeil, ses membres sont décharnés, sa peau est sèche, son pouls a quelque vitesse, mais il n'est pas fébrile, son ventre est plat; elle paraît avoir fréquemment des coliques, elle va à la selle jusqu'à sept et huit fois dans les vingt-quatre heures; ses déjections sont d'un jaune verdâtre, liquides et parsemées de grumeaux laiteux.

Diagnostic. — Lienterie par atonie.

Le 5 octobre, je prescris l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme; quatre cuillerées à café de sirop de monésia dans la journée: une demi-cuillerée à café de sirop de pavots blancs le soir.

Le 8, l'enfant est mieux; elle repose; ses selles ont diminué de moitié.

Le 11, même état. (4 grains d'extrait de monésia en pilule.)

Le 19, l'enfant, sauf sa maigreur, est entièrement rétablie. Elle a maintenant dix mois, elle est fraîche, elle a de l'embonpoint, et elle s'est toujours, depuis, bien portée.

Obs. V. — Le 21 novembre, Marie Hardy, de Crécy, âgée de neuf mois, assez forte et jusque-là bien portante, est prise tout à coup, vers les dix heures du matin, et sans indisposition préalable, de vomissements, de dévoiement, accompagnés de coliques, de crampes, et d'une grande agitation.

J'étais alors en tournée dans la campagne, et ne pus voir l'enfant que vers les quatre heures de l'après-midi.

Voici quel était alors son état: le vomissement et le flux de ventre continuent sans relâche, la figure est décomposée, les yeux sont enfoncés et entourés d'un cercle noir; la peau est froide, livide et visqueuse, le pouls petit, concentré, inégal, la voix éteinte; la soif est inextinguible.

C'était, comme on le voit, une violente attaque de choléra-morbus.

J'administrai immédiatement quatre gr. d'extrait sec de monésia et soixante-quatre grammes d'eau froide amidonnée, en lavement, avec addition de quatre gouttes de laudanum; à cinq heures les évacuations avaient complétement cessé, mais l'enfant était épuisée, la peau ne put être réchauffée, le pouls resta déprimé, et la mort arriva à une heure du matin.

Obs. VI. — Irma Bon, en nourrice à Dammartin, âgée de 11 mois, vive et bien constituée, n'a jamais été malade.

Le 28 décembre, elle est prise subitement de vomissement, de diarrhée, avec oppression et un grand abattement.

Le 29, son mal empire; la nourrice lui donne, de son chef, des lavements émollients, et pour tisane de l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme.

Le lundi matin, 30, on vient me chercher, j'étais à Paris; je ne la puis voir que le soir. Les vomissements et les évacuations alvines sont alors pour ainsi dire continuels; la figure est profondément altérée; les yeux renversés; l'oppression considérable; l'abattement extrême; la peau moite; le pouls fréquent, petit et inégal; le ventre contracté; la soif est vive.

Diagnostic. — Cholérine grave.

(Deux grains d'extrait de monésia en pilule, lavement d'eau de riz, cataplasme de farine de lin sur le ventre, synapismes aux pieds.)

Pendant qu'on vient chercher ces médicaments à la ville qui se trouve être à une distance d'environ 7 kilomètres, l'oppression redouble, l'enfant éprouve une véritable suffocation, ses yeux s'éteignent, et pendant deux heures qu'elle reste sans mouvement, on la tient pour morte.

La moutarde étant arrivée, on la lui applique cependant, et dès que la petite patiente commence à se ranimer et qu'on peut la faire boire, on lui administre le monésia.

Après une aussi cruelle journée on devait s'attendre à une fort mauvaise nuit; pourtant il n'en fut rien: le calme se rétablit peu à peu, et il y eut quelques moments d'un sommeil réparateur.

Le mardi les vomissements ont cessé; les déjections sont rares, les yeux ont repris de l'éclat le pouls sa force et sa régularité. (Quatre grains d'extrait de monésia.)

Le mercredi, Irma Bon est en pleine convalescence.

Obs. VII. — M. Rœser, Eud-de-Bois, à Crécy, âgé de cinquante-deux ans, fort et robuste, avait

depuis deux jours un cours de ventre excessif, accompagné de coliques et de maux de cœur; il y avait de l'insomnie, de l'inappétence, du reste pas de fièvre.

C'était le 10 janvier au soir, et M. Rœser avait à faire le 12 un voyage indispensable; il prit en se couchant deux décigrammes d'extrait de monésia, il dormit; le lendemain il allait beaucoup mieux. (Quatre décigrammes d'extrait.)

Le 12 il ne lui restait plus rien de son indisposition, et il put se mettre en route.

Obs. VIII. — Louis-Valentin Qualité, de Mongroles, âgé de seize ans, d'un tempérament sanguin, convalescent après quinze jours de maladie d'une gastro-entéro-méningite, avait encore la langue sèche et brune à son centre, et rouge à son pourtour, l'abdomen continuait à résonner à la percussion; il y avait dans les vingt-quatre heures jusqu'à dix et douze selles liquides et fétides; le pouls marquait quatre-vingt-neuf pulsations.

(Le 28 février, quatre décigrammes d'extrait de monésia.)

Le 29, les selles ont diminué de fréquence, mais elles sont encore liquides. (Même prescription.)

Le 30, deux selles liées; le pouls a soixante dix-huit pulsations; la langue est humide; le ventre ne résonne plus. (Pour la dernière fois, quatre décigrammes d'extrait de monésia.)

A partir de ce jour, toutes les fonctions se font avec la plus grande régularité, et le malade continue à aller rapidement de mieux en mieux.

Aujourd'hui, 8 mars, son régime se compose de potages gras et maigres, de viandes blanches, d'œufs frais et d'un peu de vin coupé.

En déduction de ces observations auxquelles, si je ne l'avais pas jugé superflu, j'aurais pu en ajouter quelques autres d'analogues, et non moins concluantes, il me semble que je suis suffisamment autorisé à établir les propositions suivantes :

1° Le monésia exerce une action spéciale et contre-stimulante sur la contractilité fibrillaire de l'estomac et du conduit intestinal.

2° Cette action se traduit par la cessation, dans un laps de temps toujours très-limité, des vomissements et du flux du ventre.

3° A l'encontre des astringents ordinaires il peut être administré, non pas seulement sans danger, mais avec un avantage réel pendant la période inflammatoire, dans les gastro-entérites dont il paraît abréger la durée.

4° Il possède une vertu cicatrisante qui hâte la guérison des plaies ulcéreuses.

J'ai l'honneur, etc.

Adrien. D. M. P.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; par P. Malle.

Nous arrivons bien tard pour rendre compte d'un livre qui a été reçu avec une bienveillance voisine de la faveur, parce que, sans doute, dégagée de toute vue hypothétique, la théorie, au lieu de précéder les faits, n'en est que le complément : telle est en effet la contexture de ce livre que l'auteur, après une profession de foi qui l'honore, commence toujours par l'exposition de faits cliniques, pour ensuite en déduire les conséquences théoriques.

Ce livre, destiné à faire connaître la pratique chirurgicale d'un grand établissement pendant une période de près dix ans, ne compte pas moins de huit cents pages; aussi la plupart des affections qui ressortent du cadre chirurgical y sont-elles représentées.

Ce sont d'abord les maladies générales : ainsi l'érysipèle, cette phlegmasie à causes si multiples et pour laquelle tant de moyens thérapeutiques divers ont été préconisés, ouvre la longue série d'observations que le livre renferme. M. Malle, à propos de cette affection, dit s'être constamment bien trouvé des applications topiques liquides, et les considère comme un moyen précieux de guérison. A Dieu ne plaise que nous mettions en doute les nombreux succès obtenus par le chirurgien de Strasbourg à l'aide de ce moyen; mais nous déclarons à notre tour l'avoir vu échouer assez souvent, et M. Malle semble en convenir lui-même, quand, plus loin, il avoue leur avoir substitué quelquefois avec avantage les onctions d'onguent mercuriel récemment préparé. A l'érysipèle succède l'histoire des plaies en général, et celle des plaies d'armes à feu. A leur sujet, M. Malle fait remarquer que les auteurs se *sont singulièrement trompés*, en affirmant qu'à la suite des blessures produites par la poudre à canon, toujours *l'ouverture d'entrée est plus petite* que celle de sortie : dans la grande majorité des cas, en effet, *le contraire a lieu*, et les faits confirmatifs de cette doctrine se sont reproduits *si souvent* dans les expériences auxquelles le *chirurgien de Strasbourg s'est livré*, qu'il ne peut concevoir, dit-il, comment une *erreur de cette nature* a pu s'élever au *rang d'axiome* en chirurgie pratique. Relativement aux débridements recommandés par presque tous les écrivains contemporains, et contre *lesquels quelques auteurs se sont élevés dans ces derniers temps*, M. Malle fait remarquer que cette dernière opinion était celle professée par Botal, Hunter et plusieurs autres célébrités chirurgicales, et qu'il a fallu un *certain courage*, pour ne pas dire plus, à ceux qui tout récemment ont voulu s'en attribuer le mérite, *si mérite il y a*.

Les abcès par congestion ont fourni à M. Malle l'occasion d'émettre quelques préceptes thérapeutiques nouveaux; ainsi l'opinion générale, relativement à ces collections purulentes, est qu'il faut les *ouvrir de*

bonne heure et par des *ouvertures étroites:* suivant le chirurgien de Strasbourg au contraire, après avoir combattu la maladie dont ces abcès ne sont que *l'expression locale*, c'est à des ouvertures *larges* et de manière à les vider entièrement, qu'il faut recourir. » Les parois morbides n'étant plus écartées « obéissent à la tendance générale des cavi- « tés vides *au rapprochement;* les foyers « qu'elles circonscrivent *diminuent de dimen-* « *sion*; le pus, n'y séjournant pas et n'y en- « tretenant pas d'inflammation, s'y *altère* « moins facilement, et la guérison est *moins* « *incertaine.* »

Du reste, il n'est aucune des observations relatives au sujet dont nous parlons en ce moment qui n'offre quelques particularités pratiques remarquables : ainsi, dans l'une, l'abcès par congestion *simulait une hernie crurale;* dans un autre, la déviation d'une artériole et sa lésion au moment de l'ouverture avaient fait croire un moment à *l'existence d'un anévrisme méconnu.* Dans une troisième enfin, la collection purulente était venue faire saillie au périné; et dans une quatrième, à la *région fessière*, etc., ce qui ne se rencontre que *fort rarement.*

Le chapitre consacré aux brûlures ne mérite pas qu'on s'y arrête, car les faits qui y sont contenus ne font que confirmer les données de la science; celui relatif aux plaies de tête est *remarquable*, à raison des *accidents formidables* qui ont accompagné *quelques-unes de ses lésions,* et dont M. Malle est parvenu heureusement à se rendre maître, à l'aide du traitement recommandé par M. Gama.

Plusieurs exemples curieux de commotion de la moelle se rencontrent dans cet endroit du livre, mais les deux faits les plus *intéressants de tout ce chapitre* sont, sans contredit, ceux relatifs à une inflammation aiguë des articulations des deux premières vertèbres cervicales, et à une hydrophobie spontanée : nous ne saurions assez engager nos lecteurs à prendre connaissance de ces deux cas *remarquables* et par la variété des accidents qu'ils ont présentés, et par le *luxe d'érudition* qui accompagne les réflexions qui forment le complément de leur histoire.

Parmi les maladies du système circulatoire, il en est quelques-unes qui ont frappé notre attention; de ce nombre se trouvent une blessure du cœur, plus grave encore que celle consignée par M. Ferrus dans le répertoire d'anatomie et de physiologie; une ligature de l'artère cubitale au *tiers-moyen;* et une autre de l'artère carotide primitive, toutes deux également suivies de succès.

Deux observations de résorption purulente méritent d'être signalées, à cause *surtout des réflexions* qui les accompagnent; à plus forte raison en faut-il dire autant de l'observation que l'auteur a consignée sous le titre *d'anémie.* Il s'agit d'un individu qui, pendant sa vie, avait été atteint d'abcès multiples sur les différentes régions du corps, et chez lequel tous les tissus étaient *atteints de décoloration :* le chirurgien de Strasbourg, à propos de cette observation, signale les différences et les analogies qui existent entre le fait qu'il a observé et ceux que Hallé a fait insérer dans le journal de Corvisart, ceux que M. Louis a publiés, et enfin ceux dont il est fait mention dans la clinique médicale de M. Andral.

Les affections relatives au système respiratoire renferment, entre autres faits importants, une observation de croup survenu chez un adulte et suivi de *mort*, nonobstant l'opération de la laryngotomie : à l'autopsie, on trouva une fausse membrane parfaitement organisée dans toute l'étendue de l'appareil aérien.

Les plaies pénétrantes de poitrine ont fourni au chirurgien de Strasbourg l'occasion de donner une nouvelle preuve de l'érudition dont son livre est empreint à chaque discussion importante; nos lecteurs se rappellent sans doute *l'étonnement* que produisit sur les membres de l'Académie royale de médecine de Paris, *la communication* de M. Amussat, lorsqu'il vint annoncer qu'on pouvait, sans *causer la mort*, ouvrir les *deux côtés* du thorax à un chien; ils se souviennent également des dissidences survenues entre MM. Cruveilhier et Amussat à cette occasion; eh bien! M. Malle *démontre*, par les preuves *les plus convaincantes* qu'il n'est aucune des questions *débattues* alors au sein de l'Académie qui n'ait été l'objet de discussions approfondies *de la part des anciens.* Les expériences de Galien, de Vésale, et surtout celles de Van-Swieten qui s'était chargé d'expliquer les faits en apparence contradictoires, tout cela se trouve reproduit historiquement avec les pièces à l'appui, et ce n'est pas un des moindres mérites de ce livre que les erreurs historiques qui se trouvent relevées par un médecin déjà connu dans la science par des travaux estimés, et notamment par trois couronnes obtenues aux concours ouverts par la société des Annales d'hygiène et de médecine légale, mais auquel cependant on était loin de soupçonner une érudition de la nature de celle qui se trouve dans la clinique chirurgicale de l'hôpital d'instruction de Strasbourg.

Après cet éloge qui n'est, nous aimons à le répéter, à l'égard du chirurgien de Strasbourg, qu'un acte de *rigoureuse justice*, il nous faut faire la part de la critique : ainsi peut-être est-il vrai de dire que M. Malle a une trop grande propension pour l'emploi des anti-phlogistiques, et une confiance trop grande dans les avantages qu'ils procurent; peut-être aussi l'auteur a-t-il jugé un peu trop sévèrement la *méthode éclectique*, mais il l'a fait avec une foi si candide, que ceux qui le liront ne sauraient lui en faire un reproche sérieux. D'ailleurs M. Malle a l'esprit trop éclairé pour ne pas finir par reconnaître, comme il l'a déjà fait dans le livre que nous analysons, qu'il ne faut pas

tout accorder à l'inflammation, même dans les maladies inflammatoires.

En résumé, le livre de M. Malle contient des faits d'une importance telle qu'il ne sera plus permis aux chirurgiens qui écriront à l'avenir sur la pathologie externe ou la médecine opératoire, d'en négliger la lecture, et par cette nouvelle publication, l'auteur a, sans contredit, pris rang parmi les *chirurgiens les plus distingués de la province* et de l'époque actuelle.

Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Velpeau, chirurgien à l'hôpital de la Charité, par Gustave Jeanselme.

L'auteur nous avertit dans l'avant-propos que son double but est de faire connaître les idées émises par M. Velpeau dans ses leçons cliniques, et d'initier les jeunes médecins dans la pratique adoptée par ce chirurgien contre ces affections. C'est donc moins un travail sur l'ophthalmologie, que l'ophthalmologie de la Charité. Les anciens et les modernes, l'école anglaise, l'école allemande, l'école italienne, l'école française d'aujourd'hui y sont bien citées, et citées avec toute l'érudition qu'on connaît au professeur, et jugées aussi avec toute la sévérité d'un chirurgien hardi en thérapeutique; mais, en résumé, ce que M. Jeanselme appelle son double but, n'est en réalité qu'un but unique l'art et la science de M. Velpeau.

Un pareil travail a bien ses inconvénients pour l'élève qui dévoue ainsi son nom, son talent, à un maître qui pourra toujours revendiquer pour lui le bon de son livre, et en désavouer ce qui sera trouvé mauvais, et par cet acte de foi en l'infaillibilité du professeur, le disciple se ferme presque la porte à d'autres convictions, sous peine d'accusation d'apostasie. Tous ces dangers, M. Jeanselme y a sans doute réfléchi lorsqu'il a fait son livre; nous ne lui en faisons point de reproche, car le public médical ne peut que gagner à connaître, pour les juger, les opinions d'un homme en position de faire autorité, et puisque M. Velpeau a laissé inscrire son nom en tête du livre, à lui en reviendra la responsabilité.

Dans l'introduction, quelques idées sont émises sur l'état actuel de la science ophthalmologique. On y fait la réflexion assez juste que s'il y a en France moins d'oculistes spéciaux qu'ailleurs, toutes nos célébrités chirurgicales s'occupent des maladies des yeux et y font autorité. Mais pourquoi dans la liste des oculistes, M. Jeanselme ou M. Velpeau ne veulent-ils pas admettre dans leur compagnie M. Sichel, qui nous a importé Beer et les idées allemandes, alors que la doctrine physiologique tyrannisait cette section de l'art comme tout le reste? Ce n'est ni dédain ni oubli, car si son nom doit paraître rarement sans critique, avec éloges jamais, ses opinions sont toujours combattues avec chaleur, nous dirions même systématiquement.

L'élément anatomique est celui qu'adopte l'auteur pour guide nosologique, car, selon M. Velpeau, les ophthalmies doivent être en grande partie sous la dépendance du système vasculaire des tissus qui en deviennent le siége; aussi croit-on devoir donner des considérations sur le mode de distribution des vaisseaux de l'œil.

Ce manuel se divise en quatre chapitres. Dans le premier, l'auteur s'occupe des maladies des paupières; dans le second, des maladies du globe oculaire; dans le troisième, de celles des voies lacrymales; dans le quatrième enfin, des ophthalmies considérées sous le point de vue de leur spécificité.

Contre l'inflammation diffuse du tissu cellulaire des paupières, M. Velpeau préfère avant tout les scarifications faites couche par couche sur les paupières, comme dans l'érysipèle phlegmoneux. Du reste, cinq nuances de blépharites : 1° *muqueuse* (conjonctive palpébrale), c'est la blépharite catarrhale des Allemands, dont le seul nom fait encore sourire de pitié les anatomo-pathologistes purs; 2° *glanduleuse*; la même que la précédente, mais siégeant plus spécialement dans les glandes de Meïbomius; on en admet une variété appelée *diphtéritique*; 3° *granuleuse*; 4° *ciliaire* (psorophthalmie, teigne des paupières); 5° *purulente*, ou plutôt puriforme comme dit l'auteur; car l'ophthalmie d'Égypte et l'ophtalmie blennorrhagique s'attaquent à l'œil en même temps qu'aux paupières, tandis que l'ophthalmie puriforme des nouveau-nés ne s'attaque guère qu'à ces dernières. Ses trois phases principales sont caractérisées par les mots nouveaux *d'hydorrhée*, de *phlegmatorrhée*, et de *pyorrhée*. M. Velpeau prétend avoir quelquefois retiré de très-bons résultats des saignées coup sur coup, qui du reste reparaîtront plus d'une fois dans le cours de son livre. Mais en général c'est la solution de nitrate d'argent qui joue le principal rôle. Nous passons par-dessus diverses affections des paupières, où les idées du professeur se bornent à des préférences pour telle ou telle méthode, tel ou tel procédé; ce chirurgien a une manière particulière de traiter l'entropion. Si le bord palpébral est renversé en dedans plutôt vers ses extrémités qu'au milieu, il préfère l'excision d'un pli vertical; dans le cas contraire, il adopte l'excision d'un pli transversal; pour l'ectropion, il préfère à tous les autres le procédé de Dieffenbach.

En tête du chapitre II, consacré aux maladies du globe de l'œil, l'auteur prévient qu'il considérera ces affections à l'état d'inflammation franche sans s'occuper de la constitution des sujets et de toute cause spécifique. Tout cela est sans doute fort clair et fort net comme science sur un morceau de cadavre : mais les maladies considérées sans

égard à la constitution sont de pures abstractions, où l'œil voit du sang, de la sérosité, du pus, où l'esprit ne voit que des faits accomplis, et voilà tout.

Les conjonctivites admises par M. Velpeau sont la conjonctivite simple, celle avec chémosis, la conjonctivite partielle, la papuleuse et la granuleuse. Les bases du traitement sont à peu près les mêmes que pour la blépharite. Les conjonctivites purulentes, séparées avec raison des précédentes, avec lesquelles elles n'ont de commun que le siége, sont divisées en deux nuances principales, la conjonctivite blennorrhagique, et la conjonctivite purulente d'Egypte. M. Velpeau ne croit pas que la première soit la suite d'une infection syphilitique. C'est ici surtout, selon le témoignage de M. Jeanselme, que réussissent les saignées coup sur coup, tandis que les sangsues et les scarifications sont plus nuisibles qu'utiles: même recommandation pour l'ophthalmie d'Egypte.

La kératite est une des maladies des yeux sur lesquelles se sont le plus spécialement exercées les recherches du professeur. La division de cette affection établie par M. Wardrop en externe, en interstitielle et en interne, lui semble la meilleure; il ajoute aussi beaucoup d'importance diagnostique aux nuances de couleur qu'offre successivement la cornée dans les différentes phases de son inflammation. La première teinte est verdâtre, la seconde brunâtre, la troisième jaunâtre, la quatrième roussâtre, autrement dire, teinte de pierre à fusil; les saignées coup sur coup sont encore préconisées ici, ainsi que les vésicatoires volants, répétés même dès le début, sur la surface cutanée des paupières et des parties environnantes.

Ce que les auteurs ont décrit sous le nom de sclérotite n'est point pour M. Velpeau une maladie propre à la membrane albuginée de l'œil; c'est un assemblage de symptômes se rapportant à une inflammation de la cornée ou de l'iris, ou pour mieux préciser, l'auteur ne croit pas à la possibilité de l'inflammation de la sclérotique. L'article est donc employé, non pas à la décrire, mais à prouver contre l'école allemande qu'elle n'existe pas.

Dans le quatrième chapitre, les ophthalmies sont considérées sous le point de vue de leur spécificité. M. Velpeau combat la doctrine ancienne et la doctrine moderne. Ces deux doctrines, qui s'accordent sur le fait de la spécificité, diffèrent en ce que la première cherchait dans la constitution des sujets l'explication des formes diverses que revêtent les ophthalmies, tandis que l'école allemande cherche à reconnaître, par la seule inspection de l'œil, les ophthalmies spécifiques et constitutionnelles. M. Velpeau croit ces deux manières de les envisager fausses, principalement la dernière. Une vascularisation, une coloration scrofuleuse, goutteuse, rhumatismale de Beer, ne sont pour le chirurgien de la Charité que des degrés divers d'intensité et d'étendue de la phlegmasie, toujours de la *phlegmasie*. M. Jeanselme cite chacune des ophthalmies qu'il veut combattre avec quelques courtes lignes de réfutation; mais quelle réfutation la plupart du temps! Il ne veut pas de l'*ophthalmie des vieillards*, parce qu'il en faudrait admettre une pour chaque âge, chaque sexe, ce qui serait une puérilité, selon lui; l'estomac des vieillards est-il une distinction puérile? la gangrène sénile, toutes ces nuances d'aspect dont la vieillesse imprime le cachet à la pathologie générale et spéciale, sont donc un pur jeu d'esprit d'observateur niais? Ailleurs M. Sichel est réfuté avec des points d'admiration !!! Mais arrivons à l'ophthalmie catarrhale, celle-là n'est point de l'invention de M. Sichel : il est vrai qu'il l'admet, et même comme formant la majorité des ophthalmies. Mais c'est une erreur qu'il partage avec toute l'ancienne école, et avec la plupart de ceux qui ont porté leurs yeux et leurs oreilles ailleurs qu'à la Charité. Les réfutations du professeur portent sur ce que les auteurs ne sont pas d'accord sur le siége de la maladie; mais le mot *catarrhal* n'a jamais eu pour but de préciser le siége, mais bien de désigner un écoulement de la muqueuse oculaire, soumis à certaines lois communes aux écoulements des autres muqueuses nasale, buccale, digestive, vésicale, etc. Ce mot était d'une justesse remarquable, comme expression d'un fait d'observation, l'écoulement, et d'une sagesse profonde en ne préjugeant point la nature. Un homme hardi est venu, qui a prétendu la juger sans retour, et tous ces catarrhes furent des gastrites, des entérites, des colites, des cystites, des stomatites, des conjonctivites, des blépharites, etc.; c'était bien simple de chasser l'adjectif catarrhal pour y substituer cette fameuse terminaison en *ite*, qui nous a couvert les muqueuses de sangsues, de cataplasmes, d'eau. On sait quel déluge d'erreurs de traitement amena cette substitution exclusive; la pratique a depuis fait bonne justice des conclusions, mais elle a gardé la théorie, et la protége encore envers et contre tous. Le livre de M. Jeanselme est un recueil de phlegmasies qu'on dirait sorti des mains de Broussais, si l'on n'y voyait indiqués en principe, à côté des sangsues et des saignées coup sur coup, les stimulants les plus énergiques, les révulsifs, l'expectation, c'est-à-dire l'arsenal dont disposaient au siècle dernier ceux qui disaient catarrhe de l'œil, avec ou sans inflammation, au lieu de conjonctivite, de blépharite; mais avant de prétendre renverser en quelques lignes la théorie des catarrhes, qu'il veuille bien l'étudier, non pas dans ces auteurs modernes qui l'ont défigurée étant sous l'impression des nouvelles doctrines, mais qu'il en prenne connaissance dans les auteurs du siècle dernier, dans ceux antérieurs, il y verra que le mot catarrhe n'était point synonyme d'inflammation d'une muqueuse, des mots conjonc-

tivite, blépharite, bronchite, par exemple; mais que, cependant, la médecine ancienne admettait aussi des inflammations catarrhales, telles que le rhume avec fièvre; il verra que le froid humide, bien que la principale influence sous laquelle naissent les catarrhes, était loin d'être regardé comme la seule cause. Nous ne poursuivrons pas plus loin les objections que fait l'auteur à chacune des ophthalmies de l'école moderne; elles se réduisent presque toutes à reprocher la multiplication des divisions et leur inutilité, comme si on réfutait par quelques lignes dédaigneuses des opinions longuement établies sur des faits.

Traité pratique des hernies, déplacements et maladies de la matrice; affections considérées sous le rapport anatomique, médical et chirurgical, par P.-L. Verdier, chirurgien herniaire de la marine royale, etc.

La famille de l'auteur est connue de plusieurs générations médicales par ses travaux pratiques, et par diverses publications favorablement accueillies. Initié dès l'enfance à un art héréditaire chez lui, M. Verdier a voulu, comme ses aïeux, publier les fruits de trente années d'observations propres; et il n'a compris dans ses tableaux que les faits recueillis par lui, afin d'être à même d'en garantir l'exactitude.

Pour rendre son ouvrage complétement didactique, il commence par une description anatomique des organes dont il aura plus tard à s'occuper. Nous ne croyons pas que ces anatomies descriptives loin du cadavre, tant ou si peu détaillées qu'elles soient, remplissent ordinairement le but que l'auteur s'est proposé. Nous préférons de beaucoup, dans un traité de chirurgie quelconque, les remarques anatomiques jetées çà et là, à propos, dans le texte pour justifier une théorie, une méthode, un procédé.

Mais la question de l'utilité ou de l'inutilité de quelques pages de plus d'anatomie pure est si secondaire pour l'importance totale d'un livre, qu'elle ne mérite pas en vérité qu'on en parle autrement qu'en passant, et si nous l'avons fait, c'est moins un reproche adressé à M. Verdier qu'à toutes les monographies qui lui en ont donné l'exemple.

Son livre est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, il parle des diverses hernies qu'il a rencontrées dans sa pratique. Ce chapitre est lui-même subdivisé en cinq sections. La première offre la description anatomique des parties du ventre susceptibles de livrer passage aux viscères abdominaux. La deuxième section est consacrée à l'examen des hernies sous leur rapport de formation, d'accidents et de traitement. L'auteur a classifié les hernies d'après leur fréquence; en commençant par les plus nombreuses: 1° Celles qui se font à l'anneau inguinal, y compris son canal; 2° à l'anneau ombilical; 3° à l'arcade crurale; 4° à la ligne blanche; 5° sur divers points de la cavité abdominale; 6° au vagin; 7° au périnée; 8° à l'œil; 9° sous la clavicule; 10° sur la symphyse pubienne. Nous n'avons rien à dire de cette classification qui, dans une monographie pareille, en vaut bien une autre; mais l'auteur nous paraît y attacher une bien plus haute importance que nous ne croyons devoir lui attribuer, ce que démontrent les dépouillements de tableaux statistiques qui encombrent chaque paragraphe. Qu'on les compte, nous y voyons une curiosité bien naturelle; mais qu'on les recompte, cela nous paraît au moins superflu, parce que nous ne voyons pas ce qu'on peut en conclure. Nous aimons beaucoup mieux les quelques pages où l'auteur nous dit pourquoi certaines parties de l'abdomen sont plus souvent le siége des hernies que d'autres.

Les auteurs ont divisé les hernies en simples et en composées, ou bien en réductibles et en irréductibles, internes et externes. M. Verdier les divise en neuf classes. Mais ces classes sont les divisions mêmes des auteurs mises les unes au bout des autres: hernies internes et externes, hernies simples, composées et compliquées, hernies libres et réductibles et hernies irréductibles, hernies engouées et étranglées. Ces classes ont l'inconvénient de rentrer les unes dans les autres. Nous devons aussi à l'impartialité de faire une remarque qui peut s'appliquer à tout le livre. Quelques considérations de pathologie générale pouvaient convenir, mais nous eussions mieux aimé voir chaque hernie traitée complétement à fond dans un seul chapitre que de les trouver toutes réunies en masse, sous chacun des nombreux aspects qu'elles peuvent présenter. La marche adoptée par M. Verdier favorise mieux, il est vrai, ses tableaux statistiques; mais elle est loin de favoriser les recherches. Celui qui voudra avoir la description d'une hernie quelconque sera obligé de feuilleter péniblement une trentaine de paragraphes. Ici, du reste, s'arrêtent nos reproches; si nous blâmons la méthode, nous sommes loin de blâmer les nombreux détails dans lesquels l'auteur entre. Nous disons plus, cette méthode même présente quelques avantages à ceux qui ont l'habitude de manier les hernies, et n'a d'inconvénients que pour ceux qui commencent, parce qu'elle n'offre point de tableau complet.

Nous ne parlerons pas des bandages particuliers à l'auteur, tels que le bandage ombilical à ressort d'élastique en cuivre, les ceintures abdominales à ressort d'élastique aussi, et la ceinture ventrière non élastique. Ces considérations nous entraîneraient dans trop de détails, et beaucoup de nos lecteurs, sans doute, ont été à même d'en faire l'appréciation pratique.

La seule hernie sous-claviculaire du pou-

mon que M. Verdier a traitée et a guérie radicalement est venue spontanément. Cette observation contredit l'opinion de Sabatier, qui regarde les hernies du poumon comme ne pouvant avoir lieu qu'à la suite d'une plaie.

La troisième section s'occupe du traitement des hernies par les douches d'eau froide. Cette méthode est propre à M. Verdier ; mais l'idée et même l'exemple lui en ont été fournis par un fait rapporté dans les ouvrages de J.-L. Petit. Une vieille femme voyant son petit-fils près d'être opérée d'une hernie étranglée par cet illustre chirurgien, lui jeta à l'improviste, entre les cuisses et sur le scrotum, un seau d'eau fraîche récemment tirée du puits qui, en déterminant instantanément la contraction du crémaster et du dartos, fit rentrer spontanément la hernie, bien qu'elle eût depuis deux jours résisté à tous les efforts de réduction. Le traitement des hernies par les douches d'eau froide dure au moins vingt jours entre les mains de M. Verdier. Nous ne pouvons nous étendre sur les détails de l'opération.

Vingt-trois tableaux statistiques forment la quatrième section. La cinquième revient encore aux bandages herniaires, dont plusieurs ont pourtant été décrits précédemment.

Dans le chapitre second, M. Verdier traite des divers déplacements et maladies de la matrice qu'il a rencontrés dans sa pratique. Il le divise en trois sections, dont la première offre une description anatomique succincte des organes et la troisième des tableaux statistiques. La seconde s'occupe beaucoup plus des déplacements de l'utérus que de ses autres maladies. La question des pessaires y est longuement examinée, et l'auteur se fait le défenseur ardent de ce moyen mécanique.

Le chapitre troisième se compose de cent cinquante-deux observations concernant des cas rares des diverses affections dont il a été question dans cet ouvrage. Il renferme douze sections. La première présente des tumeurs prises à tort pour des hernies, la deuxième des hernies méconnues prises et traitées pour d'autres maladies, la troisième des cas rares de hernies inguinales, la quatrième ceux de hernies crurales, la cinquième des cas rares de hernies abdominales, ombilicales et de la ligne blanche, la sixième de hernies rencontrées au vagin et autres lieux, la septième des hernies devenues scrotales et volumineuses par suite de l'usage de bandages à pelote mobile, la huitième des hernies engouées guéries sans l'emploi du bistouri, la neuvième des hernies étranglées guéries également sans l'instrument tranchant, la dixième des étranglements terminés par la mort des sujets quelques heures après l'opération, la onzième des hernies traitées et guéries par l'emploi des douches obliques d'eau froide : ces cas de guérison sont au nombre de quatorze. La douzième enfin renferme des observations de déplacement et de maladies de la matrice. Plusieurs de ces dernières offrent un grand intérêt.

Le chapitre IV se compose de la description de divers appareils inventés par M. Verdier pour des cas particuliers de maladies chirurgicales, ainsi que de celle d'un mannequin ou fantôme propre aux manœuvres des accouchements. Un de ces appareils est contre l'onanisme, un autre est destiné à corriger le développement irrégulier de la poitrine, un autre est un urinal pour les femmes affectées d'incontinence d'urine, un quatrième a pour but de ramener la tête dans le cas de déviation latérale accidentelle, un cinquième, celui de favoriser la formation du cal dans le cas de fracture de la tête de l'humérus, un dernier enfin est un appareil compressif de l'artère iliaque externe.

Pour nous résumer, nous dirons que ce livre, à part le style qui n'est pas assez simple et qui porte trop l'empreinte d'un art exclusif et d'une lutte de concurrence, à part aussi le défaut de méthode, renferme d'ailleurs des détails très-intéressants, de sages préceptes, et la plupart des éléments d'une bonne pratique des hernies. Nous devons dire aussi, en terminant, que M. Verdier se distingue de la foule malheureusement un peu compromettante des chirurgiens herniaires, par ses relations suivies avec toutes les célébrités médicales de Paris et de la France. Leurs noms répétés à chaque page de ses descriptions et de ses observations témoignent de la confiance qu'il a toujours su inspirer, à l'exemple de sa famille.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

De l'amputation sus-malléolaire, et de sa valeur thérapeutique, par M. F. L. Tavignot.

Plusieurs des observations et des notes de l'auteur ont été prises dans le service de M. Blandin, les autres dans les différents services des hôpitaux. Les cas, cités fort au long, sont au nombre de vingt-deux, sur lesquels cinq cas seulement d'insuccès ; cependant la plupart des opinions émises dans ce mémoire ayant été produites à plusieurs reprises, nous nous contenterons de rapporter ses conclusions, comme corroborant celles déjà données sur cette matière, encore un peu neuve.

1° Dans tous les cas où elle sera possible, l'amputation sus-malléolaire devra être préférée à celle pratiquée au lieu d'élection, parce qu'il est parfaitement démontré aujourd'hui que sa gravité est moins considérable, et cela dans de notables proportions.

2° Les malades qui ont subi l'amputation

à la partie inférieure de la jambe, peuvent se servir d'un bottine appropriée (1), à l'aide de laquelle leur marche est rendue presque aussi sûre et aussi peu fatigante que dans l'état normal.

3° En général, la durée du travail de cicatrisation est d'au moins un tiers plus courte que dans l'opération ordinaire.

4° Dans la crainte des fusées purulentes qu'on a vues quelquefois suivre les gaînes tendineuses, il est bon d'exercer une continuelle pression sur leur trajet, à l'aide de compresses graduées.

5° Pour prévenir le développement de la gangrène de la peau du moignon, dont l'épaisseur est si peu considérable dans la méthode circulaire, il convient, dans tous les cas où la nature de la lésion ne la contre-indique pas, d'employer la méthode à un lambeau postérieur.

6° Le procédé opératoire de M. Lenoir se fonde sur des données on ne peut plus rationnelles : conserver le plus possible à la peau son tissu cellulaire nourricier. Voici en quoi consiste ce procédé trop récent pour être généralement connu, d'autant plus que l'inventeur vient encore de le modifier lui-même. (*Archives* 1840, tom. VIII, pag. 263).

Il fait une incision circulaire des téguments à un pouce et demi environ au-dessous du lieu où il veut pratiquer la section des os ; puis il abaisse perpendiculairement à la première une deuxième incision, longue d'un pouce et demi, et longeant la crête du tibia. Dissection des deux angles de peau, et section des brides fibreuses, qui unissent en arrière la peau aux parties sous-jacentes. On fait agir largement le couteau du bord interne au bord externe du tibia, en suivant exactement la direction oblique de la manchette cutanée. Rétraction et de la peau et de la manchette musculaire superficielle, puis section tout-à-fait transversale de la couche profonde des muscles.

(1) Celle de M. Martin. Voyez le rapport fait à l'Académie de médecine sur une jambe artificielle de M. Martin, dans la séance du 17 avril 1838.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

De la résection des os.

La question des résections des os dans leur continuité, récente encore par la date de son apparition dans l'histoire de la chirurgie, est d'une grande importance, et méritera d'attirer long-temps encore l'attention des chirurgiens. En effet, s'il est des cas dans lesquels leurs avantages ou leurs inconvénients sont bien constatés, il en est d'autres sur lesquels règne la plus grande incertitude, et pour qui dans l'état actuel de la science il serait impossible de formuler des indications. Ce sera donc à l'expérience de confirmer les prévisions du chirurgien dans ces circonstances, ou bien encore aux lésions si variées qui atteignent les membres, de mettre, comme il est arrivé souvent, sur la trace de moyens à tenter par les hommes de l'art, et leur apprendre les conséquences probables de tel ou tel procédé. Telles sont les réflexions qu'ont fait naître à M. Marchessaux les deux observations suivantes :

Obs. I. — Plaie de la partie interne de l'avant-bras, avec fracture et arrachement du tiers inférieur du cubitus; fracture du radius, plaie contuse de l'articulation du coude; fracture de l'humérus; extirpation de l'extrémité fracturée du cubitus; guérison.

Ce fait, dont nous ne donnons pas tous les détails mentionnés dans l'observation, est déjà fort remarquable sous le point de vue de la multiplicité des lésions et de leur heureuse terminaison; il l'est encore davantage si nous envisageons seulement la perte du tiers inférieur du cubitus. En effet, si nous trouvons dans l'histoire des résections quelques observations d'extirpation de l'extrémité carpienne des os de l'avant-bras, il n'y a pas encore, nous le croyons, d'observation détaillée d'amputation de la moitié inférieure du cubitus seul. Selon M. Malgaigne, on a reséqué l'extrémité inférieure du cubitus dans quelques cas de fracture du radius, si forte que le cubitus était luxé à travers les téguments. On a enlevé dans ces cas la portion du cubitus qui faisait issue; mais, dans le cas rapporté par M. Marchessaux, l'on avait affaire à un véritable arrachement du cubitus, mais avec fracture des deux os. Lorsqu'on fait la résection, voici les préceptes que signale M. Malgaigne dans son *Manuel de médecine opératoire* : « Il faut prendre garde de conserver au cubitus la même longueur que la fracture laissera au radius, autrement on s'exposerait à voir la main s'incliner outre mesure du côté de l'os le plus court. » Mais rien de semblable n'a eu lieu chez le malade dont il est question, bien que l'extrémité de l'os reséqué fût mobile à travers les tissus, et fort éloignée du carpe.

Obs. II. — Écrasement des os du coude, dilacération des parties molles; extirpation du quart inférieur de l'humérus, de l'olécrâne du cubitus, et de la tête du radius : guérison.

Cette seconde observation, dont nous omettons également les détails, est aussi fort digne d'intérêt. Mais l'opération qu'on a employée, quoique plus grave, a déjà été pratiquée un grand nombre de fois. D après M. Velpeau, il en existe déjà plus de trente dans la science.

Le malade de la première observation a été, après sa guérison, présenté à l'Académie de médecine.

JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFERIEURE.

Apoplexie de la protubérance annulaire; par M. Mahot.

Lorsque l'on considère la structure dense et serrée de la protubérance annulaire relativement aux autres parties des centres nerveux, lorsqu'on a égard au petit nombre de vaisseaux qu'elle reçoit, on serait porté à douter de la possibilité d'une apoplexie dans l'épaisseur de sa substance; mais cependant elle renferme quelques couches de substance beaucoup plus vasculaire que la substance grise, et la présence de cette substance suffit pour expliquer la formation des épanchements sanguins que l'on rencontre quelquefois dans l'isthme du cerveau.

Heslé, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, éprouva tout-à-coup, le 14 octobre 1839, de l'engourdissement dans le membre supérieur gauche. Il continue cependant à travailler, et le lendemain il ressent un étourdissement très-fort qui s'accompagne de la paralysie des membres du côté gauche. Il tombe par terre sans perdre tout-à-fait connaissance, l'articulation des sons devient impossible.

Il est apporté dans cet état à l'hôpital: l'interne de garde fait pratiquer deux saignées: après ces saignées, les symptômes de paralysie semblent moins prononcés.

M. Marion de Procé crut devoir considérer les accidents comme dus à une affection pernicieuse de nature rémittente, et il administra le sulfate de quinine à haute dose.

Depuis le 16 jusqu'au 30 octobre, les accidents restèrent à peu près stationnaires; le 31 il survint du délire pendant la nuit sans cause connue, avec un état d'hébétude très-prononcé. Vers le 6 au 7 novembre, on remarqua de nouveau une amélioration bien sensible: enfin le 21 le délire reparut, l'état d'hébétude fit de nouveaux progrès et le malade succomba le 24, dans un état de marasme effrayant.

A l'autopsie, qui se fit quarante heures après la mort, on constata, vers la partie moyenne de la protubérance annulaire, un foyer apoplectique dont le volume équivalait à celui d'une grosse noisette; il était logé dans l'épaisseur de la protubérance, dans le côté droit de cet organe, dépassant toutefois un peu à gauche la ligne médiane. Le sang dont il est formé est dense, fibrineux, d'un rouge un peu jaunâtre; ce noyau apoplectique est exactement circonscrit; tout autour de lui la substance de la protubérance offre sa consistance et sa coloration ordinaire. Le cœur offre une hypertrophie considérable du ventricule gauche. Faisant suivre cette observation de quelques réflexions, M. le docteur Mahot n'hésite pas à regarder l'hypertrophie du cœur qui existait chez Heslé, comme la cause principale des accidents qui entraînèrent sa mort. Je ne conçois même pas, dit-il, qu'on puisse nier la liaison intime qui unit l'hypertrophie du cœur avec l'apoplexie, surtout lorsqu'il n'existe aucun rétrécissement aux orifices. Il me semble que, quelque théorie qu'on se fasse de la manière dont se forme l'épanchement, soit qu'on admette qu'il y ait rupture de vaisseaux, ou simplement exhalation sanguine, ou que l'apoplexie doive être précédée nécessairement d'un ramollissement de la substance cérébrale, il me semble que dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, toutes les causes qui tendent à augmenter l'effort du sang contre les parois des vaisseaux sont de nature à prédisposer à l'apoplexie, et que la plus puissante de ces causes est l'hypertrophie du ventricule gauche.

Une chose digne de remarque, et sur laquelle M. Mahot insiste en terminant, c'est l'état de la substance cérébrale qui entourait le foyer apoplectique; quoique l'épanchement datât de plus d'un mois, elle n'offrait aucune trace, ni de ramollissement, ni d'injection; ce cas est tout-à-fait en opposition avec l'opinion de M. Rochoux, qui affirme que l'apoplexie a constamment pour cause un ramollissement du cerveau.

Essai sur quelques rapprochements à faire entre le diabète sucré et la phthisie tuberculeuse; par M. le D. Eug. Bonamy.

Une femme âgée de trente-six ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'un embonpoint assez considérable, et jouissant d'une honnête aisance, perdit, en 1833, toutes ses ressources: trois années se passent, et pendant tout ce temps elle s'impose d'assez grandes privations, elle se nourrit de légumes; et en 1836 sa santé commence à s'altérer; en même temps survient une soif, modérée encore, mais dirigée sur des boissons autrefois dédaignées par elle, telles que le vin, le cidre, la bière. Trois mois après, la soif devient excessive et les urines abondantes.

La malade se décide à entrer à l'hôpital, elle buvait alors cinq à six litres de cidre dans les vingt-quatre heures, et les urines s'élevaient à dix litres; elles étaient sucrées et d'une limpidité remarquable.

Elle était dans un état de marasme très-prononcé.

On lui prescrivit un régime animal, et de l'extrait aqueux d'opium; elle se soumit à ce régime environ pendant un mois; mais, ennuyée de séjourner si long-temps à l'hôpital, elle sortit, ayant éprouvé peu d'amélioration du côté des fonctions urinaires, mais ayant gagné sous le rapport de l'état général.

Arrivée chez elle, notre malade se livra sans mesure à ses appétits déréglés; aussi fut-elle bientôt forcée de recourir aux soins des médecins.

On lui donna un régime animal avec le moins de pain possible; mais bientôt se manifestèrent des symptômes du côté des voies respiratoires, et cette infortunée succomba à une phthisie pulmonaire, trois mois après être entrée de nouveau à l'hôpital.

A la nécropsie, on trouva des tubercules disséminés au sommet des deux poumons. Il y avait également des cavernes dans ces deux organes.

Les reins avaient leur volume normal, mais il y avait une injection très-marquée des substances corticale et mamelonnée. Au milieu de ces substances se rencontraient quelques petits kystes contenant de la sérosité. Le tissu cellulaire était infiltré d'une substance gélatiniforme.

Réflexions. — Trois opinions principales ont été émises sur la nature de cette maladie. L'une d'elles attribue à l'altération des reins, comme fait primitif, tous les phénomènes subséquents du diabète. Une autre fait encore de l'irritation des reins la cause prochaine ou l'essence de la maladie, mais subordonne cette irritation rénale à la gastro-entérite. Dans une troisième opinion, on rattache tous les faits à une altération du sang.

Cette dernière opinion est sans contredit la plus vraisemblable, et celle qui est le plus en rapport avec les faits.

Rapprochement entre le diabète et la phthisie. — Il arrive souvent que deux ordres de faits encore peu connus gagnent à être étudiés ensemble, parce que la lumière jetée sur l'un n'est pas perdue pour l'autre. Il suffit pour cela qu'il existe entre eux quelques analogies valables. Il semble devoir en être ainsi aujourd'hui du diabète, à qui on n'aura pas en vain donné le nom de phthisie sucrée (Bardsley et Copland), et de la phthisie pulmonaire, telle que nous la connaissons, après les nouvelles et importantes recherches de M. Roche, sur ses causes et sa nature.

Il n'est pas difficile, en effet, de saisir des analogies entre ces deux maladies, sous le rapport des causes, des lésions anatomiques et des symptômes.

1° *Analogie de causes.*—Dans l'une et l'autre maladie on trouve toutes les influences intérieures et extérieures qui tendent à appauvrir le sang : alimentation insuffisante; régime végétal exclusif; habitation des contrées humides et brumeuses, pauvreté, excès. L'hérédité elle-même, si puissante à développer la phthisie, ne serait pas étrangère, si l'on en croit quelques auteurs, à la production du diabète.

2° *Analogie dans la composition du sang.*— Qui est altéré dans l'une et dans l'autre affection, contient beaucoup de sérum, peu de fibrine et peu de globules sanguins.

3° *Analogie dans les lésions fonctionnelles et organiques.* — Dans les deux cas, il y a une sorte de fonte des organes, suivant l'ancienne expression; des évacuations excessives, par les sueurs dans un cas, par les urines, dans l'autre, amènent les malades au même degré de marasme; et par suite sans doute de la mauvaise composition du sang, les poumons des diabétiques, comme ceux des phthisiques, sont inondés de tubercules ayant, selon toute apparence, la même composition.

Observations de diabètes sucrées, par M. le D. Marion de Procé.

L'intention de M. Marion de Procé, en publiant ces observations, est de faire ressortir les avantages du traitement préconisé par M. le D. Bouchardat dans les affections diabétiques, traitement qui consiste dans la diète animale et dans l'abstinence des fécules et des boissons sucrées.

Le premier malade eut, après une gastrite, un diabète qui ruina sa santé en moins d'un mois, et qui le réduisit à un état déplorable. Un régime composé d'œufs, de beefsteacks, de poulets, etc., le mirent en six mois dans son embonpoint ordinaire.

La deuxième observation porte sur une femme qui, ayant perdu un de ses fils, éprouva tous les symptômes propres aux diabètes. Le même traitement fut mis en usage, mais il n'eut pas absolument d'aussi beaux résultats, parce que la malade ne voulut pas s'astreindre à tout ce qu'il y a de pénible et de répugnant dans ce mode de traitement.

Revue des journaux étrangers.

Calcul vésical opéré par la lithotomie; mort, par M. Belton.

M.... âgé de soixante-quatre ans, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, se confia aux soins du D. Belton pour se faire débarrasser d'un calcul de la vessie. Celui-ci, trouvant la pierre trop grosse pour être attaquée par la lithotritie, et d'un autre côté la prostate peu développée, se résolut à pratiquer la taille. Le calcul, exploré par des moyens qu'on n'indique pas, était dur, volumineux et de forme ovoïde.

Le dimanche, 17 mai dernier, l'opération fut faite en présence des docteurs Norris, Goddard et de quelques autres chirurgiens. La vessie fut ouverte d'après le procédé de la taille latéralisée, et tout se passa bien dès le début.

Mais, lorsqu'il en fallut venir à l'extraction du calcul, les efforts isolés et combinés des chirurgiens n'en purent venir à bout, soit que le calcul fût trop volumineux, soit que la vessie l'embrassât trop fortement. On essaya de le briser avec le brise-pierre de Jacobson; mais l'anneau se trouva trop étroit pour l'embrasser. Le brise-pierre ordinaire de Heurteloup ne fit pas mieux, et ce ne fut qu'avec un lithotriteur à percussion d'un volume trop considérable pour la capacité ordinaire de l'urèthre, qu'on parvint à détacher un fragment du corps étranger. Le malade se trouvait alors tellement abattu par la violence de ces manœuvres, qu'il fallut les suspendre. Il mourut cinq heures après l'opération, dans toute sa connaissance et sans accident nerveux.

Les seules lésions anatomiques qu'on trouva à l'autopsie furent une altération profonde des reins, qui étaient convertis en une substance blanchâtre et solide. Le D. Belton promet pour un prochain numéro l'examen du poids du volume et l'analyse du calcul.

A part toute intention de critique à l'égard du chirurgien, nous pensons que les accidents qui lui sont arrivés montrent, mieux que toutes les considérations anatomiques et dogmatiques émises dans un amphithéâtre, combien il importe, lorsqu'un calcul est estimé trop gros pour la lithotritie, d'examiner aussi si la taille latéralisée offrira une ouverture assez grande pour en faire l'extraction. Or, c'est pour des cas analogues qu'a été imaginée la taille hypogastrique, qui laisse beaucoup plus de champ à l'instrument tranchant. Il y a plus, ce fut séance tenante, après l'incision insuffisante du périnée, que, par une inspiration aussi heureuse que hardie, le célèbre Franco inventa et mit à exécution la méthode hypogastrique. Mieux vaudrait encore, dans un cas de ce genre, exécuter cette seconde opération que de livrer le malade aux angoisses de tentatives désespérées et quelquefois infructueuses.

(*The American Journal of medical and surgical sciences.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 15 septembre.)

Recherches sur le système capillaire (suite).

M. Dubois d'Amiens a cherché, mais sans aucun succès, à apprécier la rapidité des globules sanguins dans les différents courants capillaires. Il est néanmoins certain que cette rapidité varie suivant l'espèce de capillaire que parcourt le sang, et elle est sensiblement plus rapide dans les artères que partout ailleurs. Leur marche se ralentit à mesure qu'ils approchent des courants réticulaires, et recommence à s'accélérer dans les capillaires veineux. Le globule sanguin traverse, du reste, ces trois filières sans subir aucune altération appréciable.

—M. Rochoux reproche à M. Dubois d'Amiens de n'avoir tenu aucun compte de l'influence nerveuse dans les courants sanguins. M. Rochoux est cependant loin d'avoir aucune opinion arrêtée sur ce point; il soupçonne quelque influence de la part des grands sympathiques.

—M. Dubois répond que cette influence n'est bien manifeste que sous le rapport d'anatomie pathologique. Il s'en occupera lorsqu'il en sera arrivé là.

—M. Dupuy dit avoir coupé à un cheval deux des ganglions du nerf grand sympathique; l'animal ne s'en porta pas moins bien pendant trois mois, au bout desquels on le sacrifia. On ne trouva qu'une legère infiltration de la conjonctive.

—M. Breschet admet bien réellement, avec tous les anatomistes, que les artères reçoivent des nerfs et du système cérébro-spinal, et du système du grand sympathique. Mais cela ne prouve rien en faveur des courants électriques que les multiplicateurs électriques les plus subtiles n'ont pu d'ailleurs déceler.

Conditions de la vision, par M. Gerdy.

Ces conditions sont relatives à l'œil et à l'objet. Ce dernier doit être suffisamment éclairé et à une distance convenable, mais qui varie pour les différents individus, pour le myope et le presbyte. Du reste, un œil peut devenir myope ou presbyte par le seul fait d'une volonté persévérante. Témoin, d'un côté le marin et le chasseur, de l'autre le conscrit, qui, au moyen de l'exercice, se rendent les uns presbytes, l'autre myope.

Relativement à l'œil, les conditions de la vision énumérées par M. Gerdy sont assez banalement connues pour qu'il ne soit pas besoin de les répéter sans cesse. Il cite aussi des conditions généralement admises, mais qui cependant ne sont pas absolument indispensables. Ainsi un déplace-

ment de la pupille n'amène pas de grands changements dans la vision, ce qui prouve que le foyer des rayons n'a pas besoin de tomber en un point précis de la rétine. Deux fois M. Gerdy a vu l'absence de l'iris coïncider avec une bonne vue. La présence du pigmentum n'est point nécessaire à la vision, puisque l'albinos voit. La rétine est quelquefois influencée par la lumière artificielle, tandis qu'elle reste indifférente à la lumière naturelle. M. Gerdy passe ensuite à la discussion de la nature de la vision. Il avoue l'ignorance de nos prédécesseurs, la nôtre et la sienne, et termine sa lecture par un aperçu rapide de la vision des animaux des différentes classes, s'arrêtant surtout sur une qualité de leur vision négligée par les physiologistes, la précision de la vue, si étonnante chez l'hirondelle, le poisson et quelques autres.

(Séance du 22.)

Dans la séance précédente, on avait présenté à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui laissait voir dans le voisinage des corps striés une érosion entourée d'un kyste. Le procès-verbal faisait foi de l'intérêt assez médiocre qu'elle avait inspiré à l'illustre corps. M. Castel rappelle son attention sur cette pièce. Le sujet, dit-il, frappé d'hémiplégie depuis vingt-deux ans, a succombé néanmoins à une autre maladie. Pourquoi la vie a-t-elle persisté aussi long-temps, malgré une altération grave ayant son siége dans le centre même de la pulpe encéphalique? C'est parce qu'il n'y a pas eu de compression. Parmi les affections du cerveau il n'en est point de plus promptement mortelle que la compression, parce qu'elle est l'obstacle le plus invincible à la transmission de l'innervation. Cette proposition, M. Castel la voudrait voir inscrite parmi les propositions générales de la science. D'après ce point de vue, évidemment trop élargi, l'explication de l'apoplexie serait toujours purement mécanique; car il est bien rare qu'on ne trouve pas, qu'on ne croie pas trouver, du moins, dans quelque endroit du corps un obstacle quelconque à la circulation.

—M. Gimelle fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Jobert, relatif à la ligature de l'artère carotide primitive. Des expériences sur des animaux, faites à part et rejetées ensuite devant la commission, ont procuré des résultats satisfaisants. L'auteur, enfin, a débarrassé un malade d'une tumeur érectile de la cavité orbitaire à l'aide de la ligature de la carotide primitive. M. le rapporteur conclut en proposant le travail de M. Jobert au comité de publication, et d'inscrire officiellement son nom sur la liste des candidats.

M. Londe et M. Velpeau qui ont vu le malade trouvent le fait très-remarquable, sous ce point de vue surtout que la tumeur n'a commencé à diminuer qu'à dater du quinzième jour de la ligature. Le malade de M. Jobert a parfaitement guéri, mais M. Velpeau n'a pas obtenu un succès aussi complet sur un malade atteint de la même affection aux deux orbites; la tumeur n'a guéri que d'un côté.

—M. Gerdy lit sur la vision un travail qui renferme l'historique de ce point de physiologie. Ce cadre paraît assez complet à tout le monde, excepté à M. Rochoux, qui regrette que son confrère n'ait pas consulté Epicure.

—M. Ségalas envoie une note sur une observation de ramollissement spontané d'une pierre dans la vessie. Ces cas, encore peu expliqués jusqu'ici, se rencontrent assez souvent sous les yeux des chirurgiens de cette branche spéciale de l'art, et M. Ségalas en est pour sa part au dixième. Il avait tenté sur le malade en question la lithotritie, et avait trouvé la pierre assez dure et sonore; des indications lui firent ajourner l'opération. A dix ou douze jours de là, le malade, en proie à de vives souffrances et à un catarrhe puriforme, voulut être opéré. La taille fut avec raison substituée à la méthode projetée d'abord. Lorsque M. Ségalas saisit la pierre, elle céda sous l'instrument et resta dans la vessie, et ce ne fut qu'avec grand peine qu'on put la retirer avec les pinces et la cuvette, aidées du doigt et des injections. Le malade se rétablit parfaitement en moins d'un mois.

Luxation spontanée des deux genoux.

M. Bouvier présente un cas de luxation latérale incomplète des tibias survenue spontanément à la suite de paralysie et de douleurs articulaires. La malade âgée de soixante ans, marchait péniblement avec des béquilles dans la cour de la Salpêtrière. Les deux articulations fémoro-tibiales ne reposaient plus que sur le condyle externe du fémur et l'extrémité supérieure du tibia, considérablement déformés. Il en résultait, du côté droit, une déviation du genou en dedans formant un angle de 150 degrés; l'axe de la jambe n'était point dévié du côté gauche, les surfaces correspondantes du tibia et du fémur étant coupées obliquement comme dans les fractures, en *bec de flûte*. Les mouvements de flexion et d'extension n'étaient point abolis. Ces articulations étaient d'ailleurs fortement maintenues par une sorte de capsule fibreuse très-épaisse et incrustée de plaques ostéo-cartilagineuses.

(Séance du 29.)

M. le secrétaire perpétuel annonce l'envoi d'une lettre cachetée de M. Orfila. M. le doyen prie l'Académie de conserver ce paquet jusqu'au rétablissement de sa santé, dérangée depuis quelques jours.

Recherches sur les lésions du cerveau chez les aliénés, par M. Scipion Pinel.

(Commissaires, MM. Ferrus, Bouillaud, Rochoux, rapporteur.)

Pour M. Rochoux la folie est une des formes du délire. Le but de M. Scipion Pinel est de faire rapporter cette lésion de l'intelligence à l'œdème cérébral. Le rapporteur conclut que l'anatomie pathologique y gagnera beaucoup. Nous lui souhaitons, avec le spirituel académicien, bien des succès comme celui-là et des remercîments à l'auteur, dont le mémoire sera envoyé au comité de publication.

De l'inflammation des follicules vulvaires, par M. Robert.

Haller avait appelé l'attention sur ces petits organes, sous le point de vue physiologique. On les trouve disséminés au nombre de sept ou huit autour de la région vulvaire et du méat urinaire. Deux d'entre eux méritent une mention spéciale, par la constance de leur siége, de leur direction et par leur diamètre.

On les trouve de chaque côté de la vulve, dans le repli qui sépare les débris de l'hymen des petites lèvres, et l'on peut facilement introduire un stylet dans leur orifice, qui mène dans un canal

dirigé en bas et en arrière. La longueur de ces canaux varie de onze à dix-huit millimètres, et Haller les a vus aller jusqu'auprès de l'anus. Un liquide alcalin lubréfie leur intérieur, très-abondamment chez quelques femmes, surtout pendant la grossesse, très-peu au contraire dans l'enfance.

M. Robert est presque le premier qui en parle sous le point de vue pathologique. 1° Dans la blennorrhagie, ils se prennent fréquemment, et fournissent par la pression un liquide jaunâtre qu'on attribue à tort à l'urètre, ce qui a fait dire que les blennorrhagies, chez la femme, étaient accompagnées d'urétrites; 2° plus rarement, à l'inflammation des follicules vulvaires, se rattache une inflammation simple ou granulée du col utérin; 3° on voit assez fréquemment deux follicules latéraux de l'ouverture vulvaire isolément enflammés, et si la sécrétion folliculeuse est abondante, elle peut être prise pour une sécrétion vaginale, suite de blennorrhagie. Il suffit, pour s'éclairer là-dessus, de presser sur le trajet des canaux des follicules, et d'y introduire un stylet. La première fois que M. Robert les remarqua, il les prit pour des orifices d'abcès fistuleux; mais l'invariabilité de leur direction lui apprit bientôt que c'étaient des canaux naturels; 4° les accouchements laborieux et l'inflammation de la muqueuse utérine sont, avec la blennorrhagie, les causes les plus fréquentes des irritations de ces follicules.

Le traitement le plus efficace est le suivant : on introduit un stylet fin jusqu'aux limites postérieures du follicule, qu'on ouvre dans toute sa largeur avec le bistouri; on cautérise ensuite l'intérieur avec le nitrate d'argent.

MM. Velpeau, Bérard et Lagneau sont chargés de rendre compte de ce travail.

(Séance du 6 octobre.)

M. le secrétaire annonce que M. Otto, le célèbre médecin allemand, est présent à la séance, et l'invite à prendre place au bureau.

Note sur une modification de l'emploi de l'appareil de Marsh en médecine légale; par M. Lassaigne.

L'extrême susceptibilité de ce nouveau moyen d'analyse en rendant l'emploi très-difficile, il faut une grande expérience pour s'en servir. L'auteur prescrit les trois conditions suivantes d'une bonne opération :

1° La flamme du gaz hydrogène arsénié enflammé, dont le jet est reçu sur la capsule de porcelaine, ne doit être ni trop forte ni trop faible;

2° Cette capsule doit recevoir le jet de la flamme dans une direction convenable, difficile à bien connaître.

3° Il est un moment précis de la combustion, qu'il faut saisir, et que cependant aucun phénomène ne signale, de sorte que ce n'est qu'en tâtonnant qu'on peut le reconnaître;

Ces difficultés ont engagé M. Lassaigne à apporter dans l'emploi de cet appareil une modification tirée de la propriété du gaz arsénieux, d'agir sur le nitrate d'argent. Au lieu de recevoir l'hydrogène arsénieux sur une capsule de porcelaine où se dépose l'arsenic, on fait passer le courant de gaz dans une solution de nitrate d'argent pur; cette solution se colore en brun par la précipitation de l'oxide d'argent, qu'on peut facilement convertir en chlorure par l'acide hydrochlorique. Il reste un sel d'argent que l'analyse peut ramener aisément à l'état métallique. Ce procédé l'emporte, suivant l'auteur, sur celui de Marsh, en ce que tout l'arsenic de l'hydrogène arsénié peut être recueilli, tandis que ce dernier gaz, avec les capsules de porcelaine, se perd toujours en certaine quantité.

Vu la gravité des cas où ce procédé peut être destiné à jouer un rôle, M. Pelletier demande qu'une commission soit nommée pour en juger.

M. le président prie les commissions de médecine légale et de chimie de désigner quelques-uns de leurs membres pour assister aux expériences de M. Lassaigne.

Mémoire sur la suspension, par M. Orfila.

En examinant les travaux de médecine légale relatifs à cette question, M. Orfila s'est, dit-il, assuré qu'ils sont remplis d'erreurs. Déjà MM. Esquirol et Ménières ont prouvé que le sillon parcheminé du cou était loin d'avoir la valeur que les auteurs lui ont attribuée, que les phénomènes observés du côté des organes génitaux n'étaient point assez caractérisés pour décider que la suspension avait eu lieu durant la vie. Les assertions de M. Devergie à cet égard sont aussi trouvées refutées. M. Orfila a été amené, à l'occasion de l'affaire Dauzat, à étudier les désordres que la suspension produit dans la colonne vertébrale; et là comme ailleurs, dit-il, il a trouvé dans les opinions des médecins légistes beaucoup d'erreurs.

Le cadavre de Dauzat fut trouvé, le 15 septembre 1839, pendu dans son écurie à une corde longue de deux mètres, dont le nœud qui entourait le cou était séparé de la peau par le collet de la chemise et du gilet; il était assis sur le sol, les jambes allongées; un plomb, partant du point fixe de la corde, s'éloignait de celle-ci en tombant perpendiculairement sur le sol de plusieurs centimètres; il n'y avait point d'injection au cou; des haricots mal digérés remplissaient la bouche; il y avait à la face plusieurs ecchymoses; au scrotum et à ses tuniques, se voyaient quelques épanchements sanguins, mais point de trace d'érection; la chemise vers cette région était tachée d'un peu de sang; les pupilles étaient dilatées, la face pâle; la deuxième vertèbre cervicale était, au rapport des deux experts, luxée à gauche sur la première, sans déchirure des ligaments ni des parties molles voisines, et le doigt pouvait passer entre les apophyses articulaires gauches des deux vertèbres; les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang; aucun désordre autour du cadavre ne pouvait, du reste, faire soupçonner une lutte avec des assasins.

Les rapports des deux experts se contredisent; l'un établissait :

1° Que Dauzat avait succombé à une asphyxie;
2° Que la suspension pendant la vie n'était point la cause de cette asphyxie;
3° Que la suspension avait été faite après la mort;
4° Que l'art dans un crime pareil était insuffisant et ne pouvait que faire naître sur le crime des soupçons tirés de l'état de contusion constaté sur le scrotum.

Le second expert établissait :

1° Que Dauzat avait succombé à une asphyxie;
2° Que celle-ci était le résultat de la suspension pendant la vie;
3° Que les ecchymoses, les épanchements san-

guins étaient loin d'indiquer que la suspension n'avait été faite qu'après la mort ;

4° Que la suspension ôtée, on ne pouvait se rendre compte de la mort.

M. Orfila, appelé à donner son opinion, pensa aussi que l'asphyxie était la cause de la mort ; qu'à la rigueur on pouvait admettre que la suspension était le résultat d'un suicide ; mais que cela était tout-à-fait en contradiction avec la luxation de la deuxième vertèbre sur la première, puisque toutes les circonstances éloignaient l'idée d'une résistance faite par la victime.

Dauzat fils et sa mère, accusés de la mort de Dauzat père, furent condamnés à la peine capitale. Après la lecture de leur condamnation, ils avouèrent qu'ils avaient étouffé le vieux Dauzat avec son bonnet, lui avaient à diverses reprises tourné violemment la tête sur le tronc, et pendant la lutte horrible du père contre son épouse et son fils, ce dernier avait foulé le ventre avec le genou, et pressé les parties génitales.

Le dessein de l'auteur, dans ce mémoire, est d'insister sur la valeur des luxations de la deuxième vertèbre sur la première, et sur les autres désordres de la colonne vertébrale.

M. Orfila se pose les six questions suivantes :

1° Peut-on luxer l'atlas sur l'axis sur les cadavres ? Sur vingt expériences exécutées sur des cadavres suspendus et soumis à de violentes secousses, 18 ont donné un résultat négatif. L'observation de Dauzat semble contraire à ces expériences ; mais il faut remarquer que les experts ont décrit une luxation sans déchirure de ligament, sans désordre des parties molles, et telle, cependant, que le doigt pouvait être introduit entre les apophyses articulaires. L'étendue des mouvements est fort grande dans le sens des surfaces articulaires. Pendant la vie, toutefois, les luxations doivent être moins faciles, car la contraction musculaire oppose une grande résistance aux mouvements communiqués.

2° Peut-on, par les expériences précédentes, produire des luxations ou fractures sur les autres points de la colonne vertébrale?

Deux fois seulement on a eu la rupture des ligaments jaunes. Malle, dans ses expériences, a pu assez écarter les apophyses épineuses de la région dorsale pour placer le doigt entre elles ; une fois un corps de vertèbre était fracturé ; deux fois il y eut luxation des apophyses articulaires, des vertèbres dorsales d'un côté; six fois des désordres dans le corps des vertèbres dorsales et dans leurs articulations. Ces grands désordres s'expliquent par le peu de mouvement dont jouissent les vertèbres dorsales.

3° La luxation de l'atlas sur l'axis peut-elle se faire sur un homme qu'on pend ?

Louis et J.-L. Petit l'admettent sans prouver même qu'ils en aient été témoins. D'un autre côté, Mackensie et Monro qui, en Angleterre, ont disséqué plus de cinquante pendus, n'ont jamais constaté cette lésion.

Il faut dire aussi que le mode de pendaison, en Angleterre, diffère de celui mis en usage en France du temps de Louis.

4° La luxation de l'axis sur l'atlas peut-elle s'opérer sur une personne qui se pend ?

Réponse négative ou insignifiante.

5° La suspension pendant la vie par suicide ou par homicide peut-elle produire des luxations au-dessous de la deuxième vertèbre cervicale ?

M. Orfila résout cette question par l'affirmative ; il donne en preuve ses expériences sur le cadavre. Ces désordres sont favorisés par la débilité et l'âge des sujets.

6° Existe-t-il des caractères tirés de la colonne vertébrale qui puissent déterminer s'il y a eu suicide ou homicide par suspension ?

M. Orfila établit, contre l'opinion des auteurs, que l'état exclusif des désordres de la colonne vertébrale est impuissant à juger cette question.

Conclusion. 1° Pris isolément, aucun signe des auteurs ne peut distinguer la suspension faite pendant la vie de celle faite après la mort. C'est à tort que M. Devergie a donné les cinq caractères suivants :

1° Asphyxie ;
2° Sillon de la peau du cou ;
3° Fractures d'hyoïde ou de cartilage thyroïde ;
4° Éjaculation ;
5° Section des membranes interne et moyenne, des carotides, caractère donné pour la première fois par M. Amussat.

2° Quand, avec les signes d'une asphyxie, il n'y a ni ecchymose ni sillon au cou, ni fracture, ni luxation, la suspension peut avoir eu lieu pendant la vie; mais elle peut aussi, et cela est plus probable, avoir eu lieu après la mort.

3° S'il y a ecchymose dans la peau et dans le tissu cellulaire du cou auprès du sillon, la suspension pendant la vie est plus probable.

4° S'il y a déchirure de ligaments avec ecchymose ou non au pourtour et au cou, signe d'asphyxie, fracture de vertèbre, et pas d'autre lésion sur le corps, la suspension peut avoir eu lieu pendant la vie, mais elle peut avoir suivi la mort.

5° Si, avec asphyxie, quelque vertèbre cervicale est fracturée dans son corps, et qu'il y ait absence d'autres violences, il est probable qu'il y a homicide.

6° S'il y a luxation de l'atlas sur l'axis, on peut affirmer que la suspension a suivi la mort, à moins de carie de l'une des vertèbres.

7° Les preuves tirées du lieu du crime et de ses circonstances sont, en général plus compétentes à juger s'il y a eu suspension avant ou après la mort.

Quelques observations faites par MM. Duméril, Velpeau, Gimelle et Dupuy tendent plutôt à embrouiller qu'à éclaircir la question.

— M. Gimelle s'est rendu au Val-de-Grâce pour visiter le malade soumis par M. Sédillot à l'amputation coxo-fémorale. L'opéré était arrivé au quarante-cinquième jour; la plaie était presque complétement cicatrisée. Il restait sur les lambeaux quelques ouvertures fistuleuses donnant du pus ichoreux, mais en très-petite quantité. Ces fistules existaient d'ailleurs avant l'opération et tendaient déjà à se cicatriser.

M. Sédillot écrit aujourd'hui que toutes les fistules sont fermées et que la cicatrisation est complète. Cela fait deux sujets existant à Paris qui ont subi avec succès cette opération.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 7 septembre 1840.)

Rapport sur un mémoire intitulé : *Traitement des ulcères aux jambes, sans assujettir les personnes qui en sont atteintes ni au repos ni au régime*, par M. Philippe Boyer.

Nous avons déjà, dans le dernier numéro, parlé de ce mémoire, et nous avons peu à ajouter à ce que nous avons dit. Une condition essentielle de la guérison est que l'ulcère soit simple, c'est-à-dire ni scrofuleux, ni syphilitique, ni cancéreux, etc. Cette exclusion limite singulièrement l'application du traitement, car l'auteur choisit les ulcères qui sont le résultat de contusions, de déchirures ou de plaies non cicatrisées.

Les commissaires, du reste, approuvent cette méthode qui a été préconisée et mise en pratique par les médecins arabes, et réussit très-fréquemment. Elle prive les solutions de continuité du contact de l'air extérieur, et en outre elle exerce une compression uniforme et inamovible sur tout le membre et facilite la cicatrisation de ces plaies par les propriétés dessiccatives de l'emplâtre qui contient une certaine quantité d'oxide de plomb. Aussi obtient-on dans le même cas des succès analogues de l'usage de lames de ce métal.

Observation d'une maladie nouvelle, l'hippurie, Par M. A. Bouchardat.

C'est une affection caractérisée par la présence dans l'urine des adultes d'une quantité notable d'acide hippurique avec diminution ou disparition d'urée, d'acide urique et de la matière odorante des urines. Le sujet sur lequel cette maladie a été observée avait été long-temps soumis à un régime essentiellement lacté et végétal ; or ce régime est précisément celui des enfants à la mamelle dont l'urine contient aussi une petite proportion d'acide hippurique, et le même principe se retrouve encore dans l'urine des animaux herbivores.

L'hippurie se rapproche en beaucoup de points du diabètes ; elle se complique aussi d'un léger degré d'albuminurie, et celle-ci se présente aussi à son tour avec une proportion minime, mais bien appréciable, d'acide hippurique.

(Séance du 14.)

Sur les connexions qui existent entre la moelle épinière et les nerfs spinaux, par M. Bazin.

La moelle épinière des animaux vertébrés se divise en quatre cordons principaux et en deux cordons ou faisceaux secondaires internes et superposés, beaucoup moins volumineux que les cordons externes. En pénétrant dans les cordons supérieurs, les racines des nerfs sensitifs se bifurquent de manière qu'une moitié de chaque racine pénètre dans la partie supérieure, et se trouve presque en contact avec la pie-mère, tandis que l'autre contourne sa face inférieure. Chaque cordon latéral se trouve donc embrassé ou parcouru par des filets nerveux en grand nombre qui, presque tous, viennent former un faisceau aplati sur la ligne médiane. La teinte grisâtre offerte par ce faisceau appartient plus au faisceau sensitif qu'au faisceau moteur.

Dans l'homme, le faisceau médian formé par le prolongement des nerfs sensitifs a environ quatre millimètres de diamètre ; sur le milieu on voit une bande de deux millimètres de diamètre, dont les bords font un léger relief ; la surface en est lisse et les fibres ou filets dont elle se compose ont une direction parallèle à l'axe longitudinal de la moelle. Le faisceau médian inférieur formé par les nerfs moteurs qui se comportent à l'égard des cordons latéraux inférieurs comme les nerfs sensitifs à l'égard des cordons supérieurs, le faisceau médian peut se diviser en deux parties sans rompre aucun filet.

Dans les annélides et les articulés, les nerfs des deux moitiés du tronc se réunissent en deux faisceaux qui restent isolés dans une étendue variable.

Le faisceau médian supérieur des vertébrés présente à l'examen microscopique des filets ou tubes très-déliés entre lesquels on n'aperçoit point d'anastomoses, et dont la surface semble couverte de nombreux petits globules assez régulièrement disposés. Le faisceau inférieur n'offre que des tubes sans globules. L'auteur n'a point encore pu voir de globules dans les filets nerveux. Il ne faut d'ailleurs pas confondre les petits globules dont il vient d'être question, avec ceux de la substance médullaire qui sont beaucoup plus volumineux.

Sur la nature et le traitement d'une nouvelle espèce de torticolis, par M. Bouvier.

Cette affection a son siége dans les articulations des premières vertèbres cervicales, et peut être désignée sous le nom de *torticolis articulaire*. Cette affection, quoique méconnue, n'en est pas moins très-fréquente ; facilement curable dans le principe, elle se met par la suite au-dessus de toutes les ressources de l'art. C'est par des moyens mécaniques, et non par des sections, qu'on parvient à la détruire. M. Bouvier promet de nous faire connaître prochainement ces procédés.

(Séance du 21).

Expériences sur la rage.

On se souvient que M. Breschet, au sujet d'assertions fort étranges sur la rage, promit, il y a quelque temps, de faire des recherches particulières qui pussent mettre à tout jamais le public en garde contre un scepticisme aussi funeste que celui de la non-contagion de cette maladie et de la possibilité de sa guérison radicale. Les communications que le savant académicien promettait, il eût fort bien pu les donner le même jour ; car, après s'être fait long-temps attendre, il nous a tout simplement reporté aux expériences de 1813 et de 1814. M. Breschet pense que la véritable rage n'est jamais spontanée chez l'homme. Quelques affections nerveuses peuvent bien la simuler un instant, mais la terminaison est toujours là pour trancher la question du diagnostic. Le dénouement toujours fatal de la rage chez de jeunes enfants, des enfants à la mamelle, mordus par des chiens enragés, prouve assez que l'imagination n'est pour rien dans cette horrible affection.

(Séance du 28).

Nouvelle méthode de traiter et de guérir les fistules vésico-vaginales, par M. Lallemand, P. à la Fac. de méd. de Montpellier.

(Commissaires, MM. Magendie, Double, Breschet rapporteur.)

Nous passons par-dessus la partie descriptive

et dogmatique de la question que le rapporteur croit devoir exposer pour ceux de ses confrères qui sont peu initiés aux secrets de la science et de la pratique médicale.

M. Lallemand n'admet de différence bien réelle pour la gravité qu'entre les fistules urétro-vaginales et les vésico-vaginales. Dans les premières, l'urine ne passe dans le vagin que lors de l'émission toujours volontaire de ce liquide; dans les secondes, l'ouverture fistuleuse, située au bas-fond de la vessie, livre continuellement passage aux urines et cause un tourment de tous les instants Il est encore une autre espèce de fistule profonde dont la cure n'est pas plus difficile, mais dont le traitement est loin d'être sans danger. C'est la fistule qui touche au col de l'utérus; c'est dans ce cas seulement que M. Lallemand a échoué et a perdu ses malades, par le fait de la part que l'utérus et le péritoine ont prise à l'inflammation qu'avait développée le procédé opératoire. Aussi s'étonne-t-il de l'insensibilité qu'on prête au col de l'utérus pour les déchirures, les cautérisations ou les excisions.

M. Lallemand avoue ses revers avec autant de candeur et de simplicité que ses succès. Il parlait dans son mémoire de deux femmes atteintes de fistules situées immédiatement au devant du col de l'utérus, ou même à travers ce col lui-même, et qui ont succombé à la suite d'une péritonite. Il vient d'écrire qu'une catastrophe de ce genre lui est encore arrivée depuis l'envoi de son travail.

« Je pense, dit-il, que vous ferez bien d'ajouter ce cas aux deux autres, quoiqu'il soit postérieur au mémoire. Si j'avais réussi, je l'aurais joint aux cas de succès; il faut donc le comprendre parmi ceux de non-réussite. Il importe surtout aux praticiens de le connaître, lorsqu'ils auront à traiter des fistules placées dans cette région dangereuse. »

D'après ces faits, M. Lallemand est porté à préférer à sa méthode, dans les cas où les fistules avoisinent le col de l'utérus, l'emploi de cautérisations faites avec mesure et précaution, en les renouvelant à de longs intervalles les unes des autres.

M. Lallemand cite trois cas où la voie de communication était trop large pour permettre d'espérer la guérison; tel est celui où la cloison est presque entièrement détruite. En pareille circonstance on ne doit s'occuper que de moyens palliatifs.

Entre ces vastes pertes de substance et de petits pertuis fistuleux, il existe une foule de nuances intermédiaires parmi lesquelles il est impossible de poser mathématiquement de limite fixe à l'espérance de la guérison. On peut cependant admettre, comme règle générale, la possibilité d'amener les bords de la fistule à un contact exact, au moins dans la plus grande partie de leur surface; car une première tentative avec succès partiel en faciliterait une seconde, celle-ci une troisième, de manière à arriver à une guérison complète. La plus grande fistule vésico-vaginale opérée et guérie par M. Lallemand avait dix-huit lignes. Il faut aussi noter que le diamètre transversal de l'ouverture a une influence bien minime comparée à celle de l'antéro-postérieur.

Les petites fistules, d'après les expériences des praticiens les plus exercés, tels que Dupuytren, MM. Récamier, Amussat et Breschet, se réunissent parfois très-facilement, et à l'aide de légères cautérisations, soit avec le fer incandescent, soit avec le nitrate d'argent fondu. Mais il faut avoir soin de s'opposer en même temps à ce que l'urine vienne baigner les surfaces traumatiques; on y parvient en maintenant une sonde dans la vessie. Une autre condition du succès est que le gonflement inflammatoire qui résulte de la cautérisation suffise pour mettre les bords en contact. Il est bon aussi d'opérer le plus tôt possible, car les tissus finissent par s'indurer et se prêtent alors bien moins à l'inflammation adhésive. Le rapporteur fait encore ressortir beaucoup de circonstances locales dont le chirurgien doit tenir note, mais qu'il serait trop long d'énumérer. Mais ce qui importe beaucoup plus qu'on ne le pense communément, c'est que la femme ne soit ni affaiblie ni lymphatique, que ses chairs soient au contraire fermes, son teint animé. Deux cautérisations ont quelquefois suffi dans ce dernier cas, sur des fistules de seize ou dix-huit lignes, et les trois plus grandes fistules que M. Lallemand ait guéries siégeaient au bas-fond de la vessie, et cependant elles guérirent rapidement, tandis qu'il ne put réussir sur d'autres très-petites, situées près de l'urètre, uniquement à cause du peu de vitalité des tissus.

Toutes les fois qu'on n'obtient pas une inflammation aiguë par la cautérisation; toutes les fois qu'après la chute des escarres la plaie ne présente pas une surface nette et d'un beau rouge, il ne faut pas tenter la réunion, car l'excision elle-même ne donnerait pas aux bords de la plaie la vitalité qui leur manque. Les conditions favorables à la guérison sont la netteté de l'ulcération, sa couleur vermeille, la facilité qu'elle a à laisser exsuder du sang de sa surface, lorsqu'on la frotte avec un bourdonnet de charpie, pour en détacher les escarres. Il faut alors, sans attendre au lendemain, opérer la coaptation.

Trois indications principales sont à remplir pour fermer les fistules vésico-vaginales :

1° Aviver les bords de l'ouverture fistuleuse;
2° Les amener en contact;
3° S'opposer au passage de l'urine pendant le travail d'oblitération

Sur les fistules d'au-dessus de six à huit lignes d'étendue, les cautérisations ne servent qu'à aviver les bords de la plaie et à les enflammer. Les instruments tranchants, faute de point d'appui, n'ont souvent pour effet que d'aggraver la maladie en rendant l'ouverture plus large.

La plupart des moyens imaginés pour remplir la seconde indication ont été sans succès. La *suture*, malgré tous ses brevets de perfectionnement, arrive presque toujours à déchirer les bords de la plaie bien avant l'occlusion de la fistule.

On a fini par proposer l'occlusion du vagin au-devant de la fistule en faisant adhérer ses parois, moyen propre à démoraliser toute femme encore en âge d'avoir des enfants, et sur lequel d'ailleurs l'expérience n'a pas encore prononcé, non plus que sur un autre, qui consiste à boucher la fistule, en portant dans son intérieur un lambeau de la membrane muqueuse du vagin tenant encore par un pédicule.

La méthode de M. Lallemand, qui, dans le plus grand nombre des cas, remplit toutes les indications, consiste à cautériser l'orifice et le trajet de la fistule avec le fer rouge ou avec un crayon de nitrate d'argent, et à rapprocher les bords de la plaie avec une sonde-érigne. Le fer rouge doit être employé toutes les fois qu'on a à détruire certaines parties, à niveler des inégalités, surtout lorsque l'ouverture est étendue; ou bien, quoiqu'elle soit petite, lorsqu'elle est masquée, sinueuse, et que son trajet ne peut être parcouru par un cylindre de nitrate d'argent. Les cautères olivaires

n'ont pas besoin d'avoir plus d'une ligne de diamètre dans la portion la plus renflée, et la tige doit être beaucoup plus mince, afin de conserver moins de chaleur. Pour les fistules étroites et sinueuses, on doit se servir de stylets variés, suivant les circonstances et la disposition des parties.

L'auteur pense que la *sonde-érigne* mérite de beaucoup la préférence sur la *suture*, dans tous les cas où la fistule est transversale ou qu'elle peut être ramenée à cette forme, et c'est ce qui arrive presque toujours quand l'opération est praticable. Au moyen de la sonde-érigne, les lèvres de la plaie sont rapprochées et maintenues en rapport convenable, et la pression peut être graduée à volonté, ce qui n'a pas lieu avec la suture. Encore un autre avantage de cette sonde, c'est que, par son emploi, les bords de la plaie ne peuvent se renverser en haut, parce que la sonde, exactement collée sur la vessie par les crochets, ne saurait être soulevée; si les bords se renversaient en bas, le doigt indicateur, placé sur la fistule pendant l'application de l'instrument, s'en apercevrait aussitôt et s'opposerait à ce déplacement. Enfin, non seulement cette sonde-érigne réunit les lèvres de la plaie, mais encore elle porte avec elle un conduit pour l'émission de l'urine au dehors, conduit qui n'est pas vacillant, et ne se déplace pas comme le fait une sonde d'argent ou une sonde de gomme élastique.

Il est plus aisé de détailler les avantages de l'instrument soumis aux yeux de l'Académie que d'en détailler la construction. Tout ce qu'il est possible de dire, pour en donner une idée, c'est que la sonde-érigne de M. Lallemand est composée de deux cylindres creux superposés l'un à l'autre. L'inférieur renferme des crochets ou érignes destinées à pénétrer dans les lèvres de la plaie, et qu'un pas de vis fait sortir ou rentrer à volonté. Un ressort à boudin est destiné à faire mouvoir une plaque qui doit fixer l'instrument. Le cylindre supérieur, ouvert à son extrémité vésicale, a pour fonction de donner passage à l'urine et de s'opposer à l'infiltration de ce liquide entre les lèvres de la fistule.

Pour le manuel opératoire, le rapporteur renvoie au mémoire qui est destiné à une prochaine publication.

Sur quinze opérations M. Lallemand compte sept guérisons complètes et constatées long-temps après la fin du traitement. Il avait cru pouvoir en compter neuf; mais, d'après les renseignements récents qu'il a reçus de deux de ses malades, il résulte qu'elles perdent encore quelques gouttes d'urine quand la vessie est bien distendue, mais il leur suffit d'expulser souvent l'urine pour éviter cet inconvénient. Aussi ces femmes avaient-elles d'abord négligé de réclamer les conseils de l'auteur, se regardant comme guéries. Dans les sept cas de guérison, quatre fistules avaient de neuf à dix-huit lignes d'étendue transversale. Trois étaient placées au bas-fond de la vessie, deux étaient accompagnées de brides qui oblitéraient en partie le vagin, et ont rendu le manuel opératoire très-difficile. D'un autre côté, M. Lallemand a eu six insuccès, dont trois cas de mort. Il a, de plus, observé quatre fistules vésico-vaginales auxquelles il n'a pas voulu toucher à cause de leur énorme étendue, et une autre parce qu'elle était compliquée de fistule recto-vaginale considérable.

Sept guérisons complètes sur quinze opérations, dans une infirmité jusqu'ici regardée comme presque incurable, c'est, comme le fait observer M. Breschet, un succès réel et presque prodigieux. L'Académie conclut à envoyer des remerciements à l'auteur.

Du système osseux, par M. Jules Guérin. (Voir pag. 188 du Journal.)

Expériences microscopiques sur le sang, la lymphe plastique, le pus et le lait, par M. Letellier, docteur médecin à Saint-Leu.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Il n'est pas possible de prouver par le microscope que les globules rouges du sang humain sont formés d'un noyau et d'une pellicule; mais le microscope et les agents chimiques prouvent que ces globules sont formés d'une enveloppe probablement fibrineuse, facile à déchirer par l'eau, et qui doit sa couleur uniquement au fer, et d'un noyau transparent plein, invisible dans l'eau par la perte de sa substance colorée, mais reparaissant quand on sature le liquide d'un sel neutre. Ce noyau est inattaquable par les acides qui le rendent opaque, par la putréfaction, par la macération dans les sous-sels, par l'ébullition dans les alcalis; il offre aussi les propriétés chimiques de l'albumine concrétée par un acide.

2° L'albumine est évidemment formée de grains transparents devenant opaques ou se précipitant les uns sur les autres par l'alcool ou les acides.

3° La lymphe plastique qui s'écoule des plaies renferme tous les élements du sang, moins la couleur rouge des globules.

4° Le pus offre principalement un grand nombre de globules du sang, privés de matière colorante et devenus opaques, une petite quantité de vésicules de dimensions et de formes très-variées, formées par des cellules de fibrine, et enfin des débris de fibrine.

5° Le lait écrémé contient les noyaux opaques des globules du sang, et un corps particulier formé probablement de fibrine altérée par l'acide et nécessaire à la formation du caillot.

6° La crême offre les deux mêmes corps, mais infiniment peu du second; les globules du sang entiers privés de leur matière colorante; le beurre, même chez la femme; enfin un corps gras particulier, plus pesant que l'eau, s'attachant au porte-objet et simulant des vésicules.

VARIÉTÉS.

M. le professeur Trousseau commencera un cours de clinique des maladies chroniques et des maladies des enfants à la mamelle, le lundi 2 novembre 1840, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à l'hôpital Necker.

Prix.

Les rédacteurs des *Annales d'hygiène et de médecine légale* avaient institué pour 1839 deux concours dont voici le résultat :

1° *Concours de médecine légale.* — Il est accordé à M. Malle, professeur à l'école militaire de Strasbourg, une médaille d'encouragement pour son mémoire médico-légal sur les cicatrices.

2° *Concours pour le prix de statistique des aliénés.* Il est accordé à M. le docteur Bouchet, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Nantes, une mention honorable et une médaille d'or de la valeur de 200 francs, pour son mémoire sur la statistique des aliénés de la Loire-Inférieure;

A M. Aubanel, médecin de l'hôpital Saint-Pierre à Marseille, et à M. Thore, anciens élèves de Bi-

cêtre, une médaille d'encouragement, pour un mémoire fait en commun par ces deux auteurs sur la statistique des aliénés de Bicêtre.

Les prix proposés pour 1840 sont les suivants :

1° *Prix d'hygiène.* Le sujet de ce prix n'est pas déterminé ; tous les mémoires manuscrits qui traiteront un point quelconque d'hygiène sont admis au concours. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

2° *Prix de médecine légale.* La question suivante, déjà proposée l'an dernier, est remise au concours :

« Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales dans l'analyse des substances toxiques, minérales ou végétales. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 600 fr.»

3° *Prix de statistique des aliénés.*

L'auteur de la meilleure statistique des aliénés d'un des départements de la France recevra une médaille d'or de la valeur de 500 francs. Les auteurs feront connaître la topographie physique du département et sa population en distinguant les sexes.

Les mémoires destinés au concours pour le prix d'hygiène devront être remis avant le premier janvier 1841 ; et ceux destinés au concours de la statistique, avant le premier février de la même année, au bureau des *Annales*, chez M. J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté, suivant les formes académiques.

—

Enseignement.

Par suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés aides d'anatomie à la Faculté de Paris :

1° M. Gosselin ;
2° M. Demaux ;
3° M. Froment.

— M. Coze, professeur de pharmacie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé de nouveau doyen de cette Faculté.

— Les candidats inscrits pour le concours de médecine opératoire, qui doit s'ouvrir à la Faculté de Paris, le 9 novembre sont :

MM. Malgaigne,
A. Bérard,
Robert,
Michon,
Boyer,
Vidal (de Cassis),
Chassaignac,
Blandin,
Lenoir,
Alphonse Sanson,
Laugier,
Sédillot,
Huguier,
Moulinie (de Bordeaux),
Monod,
Alexandre Thierry.

— M. Fournier, professeur-adjoint de pathologie et de clinique externe à l'école secondaire de médecine de Besançon, est nommé professeur d'anatomie à ladite école.

—

Hôpitaux.

Le concours ouvert depuis trois mois au bureau central pour la nomination de cinq médecins vient de se terminer par la nomination de MM. Barth, Monneret, Roger, Hardy, Tessier.

—M. Lélut vient d'être nommé médecin en chef de la troisième section des aliénés de la Salpêtrière.

— Au moment où le conseil général de la Seine est assemblé, il est utile de porter à sa connaissance un fait qu'il ignore sans doute, et que son esprit de haute justice ne doit pas laisser subsister plus long-temps. La position des médecins des hôpitaux est conquise au concours; elle exige de la part de ceux qui l'occupent talent, zèle, dévouement, temps précieux, et rien, ou presque rien n'est fait par l'administration pour rémunérer de tels services. Parmi les médecins des hôpitaux un grand nombre n'est pas rétribué, il en est même qui exercent depuis sept à huit ans ces honorables mais pénibles fonctions et qui ne reçoivent encore aucune indemnité. Il est tout-à-fait injuste, et même inconvenant, qu'une ville comme Paris ne veuille pas sinon rémunérer de tels services, du moins indemniser les hommes qui se dévouent au soulagement de ses pauvres, des frais de déplacement auxquels ils sont obligés. Lorsque dans la capitale de la Prusse et de l'Autriche les médecins des hôpitaux reçoivent de six à huit mille francs par an, lorsqu'en Angleterre les émoluments qui leur sont alloués sont au moins aussi élevés, les médecins des hôpitaux de Paris reçoivent au maximum 1200 fr. par an, au minimum 500 fr., et un grand nombre reste pendant longtemps sans appointements aucuns. Pourquoi cette différence entre eux? parce que, répond-on, l'allocation est précise, et le conseil général peut seul l'étendre. Il serait convenable que la ville de Paris ne pût pas être accusée d'exploiter ainsi gratuitement le zèle et le talent des médecins distingués qui forment son service de santé ; il serait juste qu'une augmentation minime au budget des hospices permît à l'administration centrale, qui traite avec plus de tendresse ses commis que ses médecins, de porter de suite à 1200 fr. la somme allouée à tout médecin qui, après ses cinq ans de stage au bureau central, entrerait définitivement en fonctions dans l'un des établissements hospitaliers de Paris.

(*Presse.*)

—

Médecine militaire.

M. Cornuel, second chirurgien en chef de la Guadeloupe, a été nommé premier médecin en chef, pour servir dans ce grade aux colonies.

— On vient de disposer l'hôpital du Mans de manière à recevoir 200 soldats malades.

— Ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires :

A deux emplois de médecin ordinaire, M. Tourdes, médecin-adjoint à l'hôpital d'instruction de Strasbourg ; M. Simon, médecin-adjoint aux hôpitaux de l'Algérie.

A onze emplois de chirurgien aide-major MM. Laquielle, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'instruction de Lille ; Lebrun, id., à l'hôpital de Gros-Caillou ; Fernet, à l'infirmerie de l'hôtel des

Invalides; Delassus, id., à l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer; Denisart, id., à l'hôpital de Versailles; Massip, id., à l'hôpital de perfectionnement; Nicod., id., à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides; Bouton, id., aux hôpitaux de l'Algérie; Candé, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'instruction de Lille; Poulet, id., à l'hôpital d'instruction de Metz; Louvel, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou.

A trois emplois de pharmacien aide-major; MM. Léger, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bastia; Candelé, chirurgien sous-aide aux hôpitaux de l'Algérie; Legoux, chirurgien sous-aide aux hôpitaux de l'Algérie.

ACTES OFFICIELS.

Enseignement médical. — Réorganisation des écoles secondaires de médecine. — Rapport au roi.

Sire,

La loi du 11 floréal an 10 a fixé à six le nombre des écoles qui pourraient être fondées et entretenues par l'état pour l'enseignement de la médecine en France. Mais, en dehors de ces grandes écoles, dont trois seulement ont été organisées jusqu'à présent, et qui seules ont le droit de conférer le grade de docteur, il s'est formé des cours d'instruction médicale, et peu à peu des établissements inférieurs, dont l'objet est d'initier un certain nombre d'élèves aux premiers éléments de l'art de guérir. L'arrêté du gouvernement du 20 prairial an 11 a formellement reconnu cet enseignement préparatoire, institué dans les hôpitaux des principales villes, en vertu de décrets spéciaux. En 1820, une ordonnance royale du 18 mai fit rentrer sous le régime de l'Université les écoles secondaires de médecine; et cet acte m'impose le devoir de proposer à Votre Majesté plusieurs dispositions nouvelles dans l'intérêt de ces écoles : car, ainsi que je le disais dernièrement à Votre Majesté dans le préambule de l'ordonnance sur l'enseignement pharmaceutique, lorsque l'Université est mise en possession d'un ordre d'établissements, ce doit être pour l'améliorer et le fortifier.

Il existe en France dix-huit écoles secondaires médicales; mais ces écoles, ayant été fondées isolément et sans aucune règle commune, ne présentent aucun ensemble dans leur organisation. Quelques-unes possèdent des fondations qui pourvoient aux frais du matériel et au traitement des professeurs; dans la plupart, c'est le conseil municipal ou le conseil général du département, ou l'administration des hospices, qui subvient aux dépenses, ce qui livre ces établissements au vice d'une perpétuelle mobilité; enfin, quelquefois elles n'ont d'autre ressource que le faible produit des inscriptions payées par les élèves. Le prix de ces inscriptions varie, suivant les localités, depuis 6 fr. jusqu'à 30 fr.; dans deux écoles on ne paie même aucune rétribution. Les traitements des professeurs présentent la même inégalité fâcheuse : quelques-uns ne touchent que 150 fr. par an; d'autres reçoivent 1,000 fr., quelques-uns 1,500 fr.; un assez grand nombre n'ont aucune espèce de traitement. Dans beaucoup de villes, les amphithéâtres de dissection sont insuffisants; dans d'autres, on s'oppose à l'établissement des cliniques dans l'intérieur des hôpitaux; et cependant sans clinique il ne peut exister de véritable enseignement médical. Pendant long-temps l'entrée des salles de maternité a été interdite aux étudiants, et elle n'est pas encore complétement libre d'entraves. On refuse même souvent de livrer, pour les études anatomiques, les cadavres qui sont réclamés par les familles. Enfin, le nombre des chaires n'est pas le même partout; dans quelques écoles, il y en a de superflues, et dans d'autres les plus indispensables ne sont pas régulièrement constituées.

Il importe sur tout ces points d'établir des règles fixes, afin que partout des ressources suffisantes soient assurées aux établissements, les mêmes devoirs imposés aux professeurs, et la même instruction offerte aux élèves. Tel est le but de l'ordonnance que je viens soumettre à l'approbation de Votre Majesté.

L'article 1er remplace, pour les écoles qui seront organisées conformément aux nouvelles dispositions, le titre d'écoles secondaires de médecine par celui d'*écoles préparatoires de médecine et de pharmacie*. Ce titre indique mieux la double destination de ces établissements, où l'enseignement doit être à la fois médical et pharmaceutique, pour répondre à tous les besoins.

L'article 2 dispose qu'on enseignera dans les écoles préparatoires :

La chimie et la pharmacie;
L'histoire naturelle médicale et la matière médicale;
L'anatomie et la pathologie internes;
La clinique et la pathologie externes;
Les accouchements, les maladies des femmes et des enfants.

Les différentes commissions qui, depuis 1830, ont été chargées de l'examen des questions relatives à l'organisation des études médicales avaient demandé que le baccalauréat ès-lettres fût exigé des élèves des écoles secondaires. Cette condition ne m'a point paru indispensable; elle n'a pas été prescrite même dans les écoles spéciales de pharmacie, et elle tendrait à rapprocher trop les écoles secondaires des facultés de médecine dont elles doivent rester complétement distinctes.

Les articles 3 à 7 sont relatifs au personnel obligatoire dans chaque école. Six professeurs et deux adjoints suffisent pour toutes les matières de l'enseignement. Ils seront nommés par le ministre sur une double liste de candidats, présentée, l'une par l'école où la place est vacante, l'autre par la Faculté de médecine à laquelle elle ressortit. Les professeurs devront justifier du doctorat en médecine, ou d'un diplôme de pharmacien obtenu dans une école spéciale : pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle, le grade de bachelier ès-sciences physiques sera en outre exigé. Un traitement annuel de 1,500 fr. au moins est assuré aux professeurs titulaires, et de 1,000 fr. aux professeurs-adjoints. Les uns et les autres auront droit désormais à une pension de retraite, comme tous les fonctionnaires de l'Université, dont ils font partie. Chaque établissement aura en outre un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur.

Un des avantages les plus précieux des écoles préparatoires, c'est d'offrir pour les études anatomiques, cette base essentielle de la médecine, des ressources qu'on ne rencontre pas toujours dans les Facultés, où les élèves sont quelque fois trop nombreux pour suivre utilement toutes les démonstrations. Il importe de tirer tout le parti possible de cet avantage. Les articles 8 et 9 de l'ordonnance prescrivent aux villes de mettre à la disposition des écoles des amphithéâtres convenablement appropriés et toutes les collections

scientifiques nécessaires à l'enseignement. D'un autre côté, les commissions des hospices seront tenues de fournir, pour le service de la clinique médicale et chirurgicale, une salle de cinquante lits au moins.

Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont des établissements communaux; et, sous ce rapport, elles seront dans la même situation à l'égard des Facultés que les collèges communaux à l'égard des collèges royaux. Les villes pourvoiront, en conséquence, à toutes les dépenses du personnel et du matériel, s'élevant ensemble à un minimum de 13,000 fr. L'article 10, qui règle ces dispositions, tient compte de la pratique actuelle, et admet les subventions votées annuellement par les conseils généraux des départements et par les hospices, comme ressources ordinaires des écoles, en déduction de la somme qui doit être allouée par les conseils municipaux. Le budget de chaque école, établi d'après les bases qui viennent d'être indiquées, sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique, comme celui des colléges communaux. Une commission locale vérifiera chaque année les comptes présentés par le directeur. L'article 11 compose ainsi cette commission : le maire de la ville, président ; un membre désigné par le conseil municipal, un membre désigné par le conseil général, et deux membres désignés par la commission des hospices.

Les articles 12, 13 et 14 sont relatifs aux inscriptions des élèves. Le taux en est fixé à 35 fr. dans toutes les écoles; et le produit en sera versé, soit dans la caisse municipale, soit dans la caisse du département ou des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par la ville, par le département ou par les hospices, qui trouveront ainsi un juste dédommagements des sacrifices qu'il se seront imposés dans l'intérêt des études médicales. D'après les règlement actuels, les inscriptions prises dans les écoles secondaires ne sont comptées dans les Facultés que pour les deux tiers de leur nombre réel, et cette dépréciation est une cause de décadence pour ces écoles. On conçoit que, pour donner au doctorat en médecine la dignité qui lui appartient, on ne confère ce grade élevé que dans les grands centres d'études; mais les premiers examens n'ont pas cette importance ; ils ne demandent qu'une partie des connaissances dont le doctorat exige l'ensemble, celles-là mêmes qui peuvent être plus solidement enseignées dans les écoles secondaires, par exemple les démonstrations anatomiques. Je propose donc à Votre Majesté de décider qu'à l'avenir les inscriptions prises dans les écoles préparatoires pendant deux années seront admises pour toute leur valeur dans les Facultés. Je n'ai pas cru devoir déterminer un plus long terme pour cette équivalence ; ces deux années sont, en général, le temps que les élèves passent dans les écoles secondaires avant d'entrer dans les Facultés, et elles suffisent pour les premières études de médecine. Les inscriptions qui seront prises au delà de la huitième continueront à être comptées comme elles le sont aujourd'hui. Cette disposition, avec celle qui assure un traitement convenable aux professeurs, rendra la vie aux écoles secondaires. Toute l'ordonnance nouvelle est là. Mais l'équivalence des inscriptions ne sera acquise que dans les écoles dont l'organisation aura été complétée conformément à la présente ordonnance, et qui offriront dès lors toutes les garanties exigées pour l'instruction des jeunes gens. Cette mesure est à la fois équitable et nécessaire ; elle fait dépendre la prospérité des établissements des réformes qui y seront introduites par le vote libre des communes, et elle distinguera utilement les nouvelles écoles préparatoires des anciennes écoles secondaires.

Par une disposition analogue, l'art. 15 et dernier du projet déclare équivalentes à deux années de stage dans une officine les deux années d'études scolaires auxquelles sont appelés les élèves en pharmacie. Déjà la loi du 21 germinal an 11 reconnaît cette équivalence pour les élèves pharmaciens des hôpitaux d'instruction militaires. La nouvelle ordonnance répond ainsi à sa double destination : elle favorise l'instruction théorique de la pharmacie, trop négligée jusqu'à ce jour, comme elle améliore l'enseignement élémentaire de la médecine; et, sous ce rapport, elle complète avec avantage l'importante ordonnance que Votre Majesté a rendue le 27 septembre dernier sur les écoles de pharmacie. J'ai l'espoir que celle-ci ne sera pas accueillie avec moins de faveur par tout le corps médical.

Je suis avec un profond respect,

Sire,

De votre Majesté,

Le très-humble, très-obéissant et fidèle serviteur,

V. Cousin.

ORDONNANCE DU ROI.

Louis-Philippe, roi des Français,

A tous présents et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique, grand maître de l'Université,

Vu l'ordonnance royale du 18 mai 1820, qui soumet au régime du corps enseignant les écoles secondaires de médecine ;

Vu les réglements universitaires des 7 novembre 1820 et 26 septembre 1837;

Vu la délibération du conseil royal de l'instruction publique, en date du 13 octobre 1840;

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. 1er. Les écoles actuellement établies sous le titre d'écoles secondaires de médecine, et qui seront réorganisées conformément aux dispositions prescrites par la présente ordonnance, prendront le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. Les objets d'enseignement dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont :

1° Chimie et pharmacie;

2° Histoire naturelle médicale et matière médicale;

3° Anatomie et physiologie;

4° Clinique interne et pathologie interne;

5° Clinique externe et pathologie externe;

6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants.

Art. 3. Il y aura dans chaque école six professeurs titulaires et deux professeurs adjoints.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique sur une double liste de candidats, présentée, l'une par l'école où la place est vacante, l'autre par la faculté de médecine dans la circonscription de laquelle ladite école se trouve placée.

Les candidats pour les places de professeurs titulaires ou adjoints doivent être docteurs en mé-

decine ou pharmaciens reçus dans une école de pharmacie, et âgés de trente ans.

Les professeurs de chimie et d'histoire naturelle auront à justifier, en outre, du baccalauréat ès-sciences physiques.

Art. 5. Il sera attaché à chaque école un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur de chimie et d'histoire naturelle.

Art. 6. Les professeurs recevront un traitement annuel, dont le minimum est fixé à 1,500 fr. pour les titulaires, à 1,000 fr. pour les adjoints.

Le chef des travaux anatomiques aura un traitement de 500 fr.; le prosecteur et le préparateur, un traitement de 250 fr. chacun.

Art. 7. Les professeurs titulaires et adjoints subiront sur leur traitement la retenue du vingtième au profit de la caisse des retraites, auxquelles il sauront droit désormais comme tous les autres fonctionnaires de l'Université, et aux mêmes conditions.

Art. 8. Chaque école aura un ou plusieurs amphithéâtres et sera fournie de collections relatives à l'objet des divers cours.

Art. 9. L'administration des hospices de chaque ville où une école préparatoire sera établie fournira pour le service de la clinique médicale et chirurgicale de ladite école une salle de 50 lits au moins.

Art. 10. Les écoles préparatoires de médecine et pharmacie sont des établissements communaux. Les villes où elles sont ouvertes pourvoiront à toutes les dépenses, soit du personnel, soit du matériel.

Les hospices et les conseils généraux des départements pourront continuer à voter des subventions pour l'entretien des écoles préparatoires. Ces subventions viendront en déduction des sommes qui doivent être allouées par les villes.

Le budget annuel de chaque école sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Art. 11. Une commission vérifiera chaque année les comptes présentés par le directeur. Cette commission sera composée du maire de la ville, président; d'un membre désigné par le conseil municipal; d'un membre désigné par le conseil général; de deux membres désignés par la commission des hospices.

Art. 12. Les droits d'inscriptions trimestriels qui doivent être acquittés par chaque élève sont fixés à 35 fr.

Art 13. Le produit des inscriptions prises dans chaque école sera versé dans la caisse, soit de la ville, soit du département, soit des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par les conseils municipaux, départementaux ou des hospices, pour l'entretien de l'établissement.

Art. 14. A dater de la présente année scolaire, les élèves des écoles préparatoires, dont l'organisation sera conforme aux règles prescrites par cette ordonnance, pourront faire compter les huit inscriptions prises pendant deux années pour toute leur valeur dans une des Facultés de médecine.

Art. 15. Les élèves en pharmacie seront admis à faire compter deux ans d'études dans une école préparatoire pour deux ans de stage dans une officine.

Ordonnance sur l'organisation des Écoles de pharmacie.

Voici le texte des principaux articles de l'ordonnance royale du 29 septembre, qui relève cette branche de l'enseignement jusqu'ici laissée trop dans l'ombre.

TITRE PREMIER.

Organisation des écoles de pharmacie.

Art. 1er. Les écoles de pharmacie, établies par la loi du 11 avril 1803, feront à l'avenir partie de l'Université, et seront soumises au régime du corps enseignant.

(Cette mesure a été proposée par les différentes commissions chargées de l'examen des questions médicales, et sollicitée par les écoles de pharmacie elles-mêmes. Partout où il y a des cours réguliers pour des élèves prenant des inscriptions et subissant des examens, les règles universitaires doivent être appliquées, un régime universitaire doit être établi. *Extrait du rapport au roi.*)

Leurs recettes et leurs dépenses seront portées au budget de l'état.

Art. 2. L'école de pharmacie de Paris sera composée de cinq professeurs titulaires et de trois professeurs-adjoints.

Les autres écoles auront trois professeurs titulaires et deux professeurs-adjoints.

Art. 3. Il y aura, de plus, dans chaque école des agrégés nommés pour cinq ans, lesquels remplaceront les professeurs, en cas d'empêchement, participeront aux examens, et pourront être autorisés à ouvrir des cours complémentaires, conformément à ce qui a été établi par nos ordonnances des 22, 24 et 28 mars, et 10 avril 1840.

Il y aura pour l'école de Paris cinq agrégés, trois pour les écoles de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique, d'après une double liste de présentation, faite, l'une par l'école de pharmacie, l'autre par la Faculté de médecine établie dans la même ville.

Chaque liste de présentation contiendra les noms de deux candidats.

Les mêmes candidats pourront être présentés par l'école de pharmacie et par la Faculté de médecine.

(Il a semblé convenable de rattacher les écoles de pharmacie à l'Université par un nouveau lien, et de demander aux Facultés de médecine, qui ont avec elles des relations médiates et nécessaires, la deuxième liste de présentation. *Extrait du rapport au roi.*)

Art. 5. Nul ne pourra être nommé professeur titulaire s'il n'est docteur ès-sciences physiques et âgé de 30 ans.

Les professeurs-adjoints devront être licenciés ès-sciences physiques et âgés de vingt-cinq ans.

Les uns et les autres devront avoir été reçus pharmaciens dans une école de pharmacie.

Art. 6. Les agrégés seront nommés au concours d'après un réglement qui sera ultérieurement arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Il suffira, pour être admis au concours, de produire le diplôme de pharmacien, ainsi que le diplôme de bachelier ès-sciences physiques.

Art. 7. Le directeur de l'école sera choisi, par notre ministre de l'instruction publique, parmi les professeurs titulaires.

Il conservera ses fonctions pendant cinq années et pourra être nommé de nouveau.

Art. 8. Il y aura dans chaque école un secrétaire, agent comptable, qui pourra être choisi, par notre ministre de l'instruction publique parmi les professeurs titulaires ou adjoints.

Il y aura, de plus, un ou plusieurs préparateurs,

qui devront justifier du grade de bachelier ès-sciences physiques.

Les préparateurs seront nommés par le directeur et d'après l'avis des professeurs.

Le directeur nommera les employés et gens de service.

TITRE II.

Enseignement.

Art. 9. On enseignera dans chaque école :

Première année. — La physique et la chimie, l'histoire naturelle médicale.

Deuxième année. — L'histoire naturelle médicale, la matière médicale, la pharmacie proprement dite.

Troisième année. — La toxicologie ; et, sous le titre d'*Ecole pratique*, les manipulations chimiques et pharmaceutiques.

Art. 11. Les cours s'ouvriront chaque année au mois de novembre, et seront terminés à la fin de juillet.

Chaque professeur titulaire ou adjoint qui sera nommé à l'avenir devra faire son cours pendant toute la durée de l'année scolaire.

Art. 12. Le registre des inscriptions pour les élèves sera ouvert, chaque année, dans les quinze premiers jours du mois de novembre.

Art. 13. Nul candidat ne sera admis aux examens pour le titre de pharmacien, s'il ne justifie du grade de bachelier ès-lettres.

Le présent article sera obligatoire à l'égard des aspirans qui postuleront le titre de pharmacien devant les jurys médicaux.

Art. 14. Nulle dispense d'âge pour l'admission aux examens ne pourra plus être accordée qu'aux candidats qui se présenteraient aux épreuves devant une des écoles de pharmacie.

Art. 15. Indépendamment des deux professeurs en médecine qui sont appelés auxdits examens, trois membres de l'école de pharmacie devront y prendre part ; savoir : deux professeurs titulaires ou adjoints, et un agrégé.

Art. 16. Les élèves des écoles de pharmacie qui auront mérité des prix dans les concours institués par l'arrêté du 13 août 1803 obtiendront des remises de frais.

Le montant desdites remises sera fixé pour chaque prix par un réglement universitaire. Les noms des élèves lauréats seront proclamés dans la séance annuelle de rentrée.

TITRE III.

Comptabilité.

Art. 21. Les professeurs titulaires recevront, à Paris, un traitement fixe annuel de 4,000 fr. ; dans les départemens, un traitement fixe annuel de 3,000 fr.

Le traitement des professeurs-adjoints est fixé à 2,400 fr., à Paris, et à 1500 fr. dans les départemens.

Le professeur-directeur recevra, en outre, à titre de préciput, une indemnité annuelle de 1500 f., à Paris, et de 1000 fr. dans les autres écoles.

Le secrétaire agent comptable recevra, à Paris, un traitement de 3,000 fr., et dans les autres écoles un traitement 1500 fr.

Le traitement annuel des préparateurs sera de 1200 fr.

Art. 23. Les droits de présence aux examens seront de 10 fr. pour chacun des fonctionnaires appelés à y prendre part. Les mêmes droits seront alloués aux professeurs chargés de l'examen des herboristes.

Art. 24. Le prix de l'inscription annuelle à acquitter par chaque élève est fixé à 36 fr. dans les trois écoles.

La répartition des frais d'examen reste fixée ainsi qu'il est prescrit par l'arrêté du 13 août 1803, savoir ;

Premier examen, 200 fr ; deuxième examen, 200 fr.; troisième examen, 500 fr.

Les frais des opérations et des démonstrations qui doivent avoir lieu dans le dernier examen sont fixés à 200 fr. pour Paris, et à 150 fr. pour les autres écoles.

TITRE IV.

Dispositions transitoires.

Art. 25. La condition du diplôme de bachelier ès-lettres ne sera obligatoire qu'à partir du 1er février 1844.

Faculté de Médecine.

La Faculté ouvrira ses Cours d'hiver le mardi 3 novembre 1840.

Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

ANATOMIE, Breschet, mardi, jeudi, vendredi, à dix heures et demie.

CHIMIE MÉDICALE, Orfila, lundi, mercredi, samedi, à dix heures et demie.

MÉDECINE LÉGALE, Adelon, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE, Marjolin, Gerdy, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

PATHOLOGIE MÉDICALE, Duméril, Piorry, mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, Andral, mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

CLINIQUE CHIRURGICALE, Roux, à l'Hôtel-Dieu; Jules Cloquet, à l'Hôpital de la Faculté; Velpeau, à la Charité; Sanson aîné, à la Pitié, tous les jours le matin, de six à dix heures.

CLINIQUE MÉDICALE, Fouquier, Bouillaud à la Charité; Chomel, à l'Hôtel-Dieu; Rostan, à l'Hôpital de la Faculté, tous les jours le matin, de six à dix heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS, Dubois (Paul), à l'Hôpital de la Faculté, tous les jours le matin, de six à dix heures du matin.

Le directeur de service, *H. GOURAUD.*

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 6. — DÉCEMBRE 1840.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes.

(Première partie.)

« On est généralement porté à regarder une amblyopie ou une amaurose comme asthénique par la raison que le sujet qui en est affecté paraît être d'une constitution débile ; c'est ainsi que l'amblyopie, quand elle atteint des individus qui ont subi des pertes de liquides organiques par l'allaitement, par la masturbation, a été considérée comme une affection invariablement asthénique.

« Rien n'est plus faux que cette opinion, si l'on consulte l'expérience. En effet, nous voyons journellement des individus épuisés et cachectiques en apparence, et qui présentent néanmoins les symptômes évidents d'une amblyopie congestive ou éréthique ; nous en avons observé de nombreux exemples, et naguère encore nous avons traité d'une amblyopie congestive une fille affectée de chlorose au plus haut degré, et que nous avons guérie par un traitement combiné de moyens anti-congestifs pour l'organe de la vue, et de moyens toniques pour l'état général de l'économie ; l'expérience démontre que ces états asthéniques peuvent être accompagnés d'irritation et de congestion locales, quand des causes excitantes ont agi sur l'organe de la vision ; que d'autres fois, mais plus rarement, la constitution du malade annonce la pléthore, tandis que l'affection oculaire revêt néanmoins le caractère de la torpeur. Personne ne voudra nier la haute importance de cette distinction pour le pronostic et pour le traitement. Quand il s'agit du choix des moyens curatifs, la nature de l'amblyopie, telle qu'elle est traduite par les symptômes, mérite de fixer la première l'attention de l'observateur. Ce n'est qu'après avoir consulté ces symptômes, que l'examen des causes et de la constitution des malades peut ajouter ou ôter quelque chose à la certitude du diagnostic, et modifier le traitement. »

Ce passage, extrait de mon ouvrage publié en 1833, sur l'ophthalmie, la cataracte, et l'amaurose (pag. 658, § 17), est encore aujourd'hui l'expression bien exacte de ma conviction, et le résumé des faits nombreux que j'ai observés jusqu'ici. Dans un autre endroit du même ouvrage, j'ai dit, et j'ai fréquemment répété depuis dans mes leçons cliniques, que l'amaurose asthénique primitive et non compliquée est extrêmement rare, et que, dans le plus grand nombre de cas, elle succède à une amaurose congestive ou irritative sthénique ou hypersthénique : l'expérience de tous les jours vient de plus en plus confirmer cette opinion, et prouver que les cas d'amaurose irritative, congestive, sub-inflammatoire, enfin d'amaurose sthénique ou hypersthénique, forment l'immense majorité des cas d'amaurose en général. Souvent j'ai été amené à dire à mes élèves que les sectateurs exclusifs du système physiologique pourraient trouver dans l'histoire et dans la description exacte de l'amaurose, plus que dans celle de toute autre maladie, des faits nombreux militant en faveur de cette théorie, qui fait jouer dans la pathologie un si petit rôle aux maladies asthéniques, ou, pour parler leur langage, aux maladies qui ne reconnaissent pas pour cause l'irritation et l'inflammation. Dans le dernier entretien que j'eus, huit mois environ avant sa mort, avec l'illustre fondateur du système physiologique (à l'école duquel je n'ai jamais appartenu, bien que j'accepte de ses doctrines tout ce qui me paraît rationnel et fondé sur des faits irrécusables), je lui fis l'aveu que je n'avais

que rarement observé des amauroses primitivement et purement asthéniques; que presque toujours j'avais vu cette espèce d'amaurose précédée ou accompagnée de signes d'irritation; que dans la plupart des cas, l'amaurose débutait par des symptômes de congestion ou d'irritation dans les centres nerveux ou dans la rétine. J'ajoutai que l'amaurose asthénique n'était presque toujours que le résultat de la compression, ou que le commencement de la désorganisation de ces organes, et que dans les cas même d'amaurose produite par des causes directement affaiblissantes, comme les grandes pertes de sang, l'allaitement prolongé, les excès vénériens, etc., etc., j'avais souvent, sinon toujours, trouvé au moins au début de la maladie une complication d'irritation locale due au concours d'une cause excitante ou générale, ou limitée à l'organe malade. L'observation attentive, continuée sans préjugé pendant de longues années, a de plus en plus fortifié en moi cette conviction, et je regarde comme un des points les plus épineux de la pratique médicale, déjà si difficile en elle-même, le traitement de ces amauroses asthéniques encore compliquées d'irritation ou de congestion, comme le traitement de toutes les maladies asthéniques en général quand elles présentent cette complication.

J'ai dit que je n'ai jamais été l'élève de Broussais ni le partisan exclusif de l'école physiologique, et l'on sait que quelques-unes des opinions que je professe sont même diamétralement opposées aux principes de cette école, dont les idées tendent à ramener la médecine à une simplicité que malheureusement il ne lui est pas donné d'atteindre. Tous les bons esprits s'accordent aujourd'hui à croire qu'aucun système ne réussira à démontrer une maladie unique et fondamentale, un seul genre de lésion toujours identique comme base de toutes les déviations de l'état normal; mais tout en laissant de côté la question du système physiologique parmi les titres que Broussais a acquis à l'immortalité, la postérité, nous osons le dire, signalera certainement comme l'un des premiers et des plus importants celui d'avoir démontré quelle est la fréquence de l'inflammation, surtout à son état chronique, et combien sont grandes son importance en pathogénie, et sa fécondité en anatomie pathologique comme source d'altérations matérielles ou organiques.

Le cas suivant dans lequel, malgré mon opinion arrêtée sur la rare occurrence des amauroses asthéniques non compliquées, je croyais voir une maladie de cette espèce bien caractérisée, et où l'autopsie, en prouvant l'existence d'une inflammation chronique de la rétine, antérieure ou simultanée à l'asthénie, a positivement démenti mon opinion, fournira une preuve à l'appui de mon assertion sur la rareté de l'amaurose asthénique. Les praticiens, je l'espère, ne liront pas cette observation sans fruit ni sans étonnement.

Le sieur S..., pépiniériste, âgé de 25 ans, d'une constitution autrefois robuste, me fut adressé, pour le traiter d'une amaurose, par un confrère que j'avais eu le bonheur de guérir lui-même d'une amaurose fort avancée. Ce jeune homme, lors de sa première visite chez moi, qui eut lieu à peu près le 24 février 1840, présentait le cachet de la plus profonde asthénie. La face était pâle et bouffie, les muqueuses peu colorées, la parole lente et faible, le pouls très-dépressible. L'œil gauche était faible depuis l'enfance du malade, mais l'œil droit ne s'était affaibli notablement que depuis six semaines, et M. S... en était arrivé à ne plus pouvoir lire les plus gros caractères. Il se conduisait encore assez bien et marchait péniblement appuyé sur une canne; plus tard il lui fallut le bras d'une personne pour se soutenir.

Il accusait comme principale cause de l'affaiblissement de la vue et de la santé générale, des excès vénériens auxquels il s'était laissé entraîner sans garder aucune mesure, plusieurs mois de suite, cinq mois avant la mort, et qu'il n'avait cessé que lorsque la maladie de l'œil droit commença.

Antérieurement à ces excès il avait eu quatre à cinq écoulements uréthraux, dont l'un avait persisté pendant une année entière. Il n'a jamais fait abus, ni même un grand usage de boissons spiritueuses.

Une épistaxis très-violente, probablement de nature passive et symptomatique de l'asthénie générale commençante, était survenue depuis plusieurs semaines et revenait fréquemment, presque journellement, malgré tout ce qu'on avait tenté pour en empêcher le retour. Le malade perdait chaque fois, d'après son appréciation approximative, d'un quart de kilogramme jusqu'à un kilogramme de sang. Cette hémorrhagie, qui autrefois déjà avait eu lieu de temps à autre, mais à des intervalles très-grands et à un degré fort modéré, se faisait toujours par la narine droite. En outre, la sensibilité de l'estomac était tellement augmentée, qu'il rendait presque tous ses aliments par le vomissement. La pression la plus forte de l'épigastre et des hypocondres était parfaitement bien supportée sans la moindre sensation douloureuse; l'abdomen était souple, la langue humide et blanche; rien ne trahissait la présence d'un état inflammatoire, d'une lésion organique ou d'un autre état pathologique d'un des viscères abdominaux. Les garde-robes, au dire du malade, étaient régulières; le malade ne manquait pas d'appétit. Les pupilles étaient modérément dilatées, mais mobiles dans une petite étendue, comme dans l'amaurose asthénique commençante. L'impression de la lumière vive du soleil était encore très-gênante pour le malade, et il y voyait un peu mieux à une lumière peu intense.

Ces derniers symptômes, la constitution qui avait été primitivement bonne et robuste, les maux de tête qu'il avait souvent éprouvés autrefois, surtout lorsqu'il avait travaillé long-temps, ou lorsqu'il s'était un peu exposé au soleil; la céphalalgie et la faiblesse des yeux, que la moindre veille avait toujours amenées; l'épistaxis, qui chez ce malade, bien qu'asthénisé, me semblait indiquer encore l'ancienne tendance à la congestion du sang vers la tête; toutes ces circonstances m'engagèrent à mettre la plus grande prudence dans l'emploi des stimulants, et à n'employer pendant un certain temps, que les frictions d'onguent napolitain belladonées sur le front et les tempes.

Mais l'asthénie générale étant indubitable pour moi, j'ordonnai en même temps une nourriture succulente autant que l'estomac pouvait la supporter, un peu de volaille froide, de bons bouillons en très-petite quantité, quelques bains gélatineux, et je me proposai d'administrer au bout de quelques jours les ferrugineux et localement des frictions excitantes. Quant à l'épistaxis, j'enjoignis au malade d'éviter tout mouvement violent, tout effort en se mouchant, ou en toussant et éternuant accidentellement (il n'y avait aucune affection des poumons) et d'arrêter l'épistaxis, si elle revenait, en reniflant de l'eau froide et en employant au besoin le tamponnement.

Au bout de quatre jours la photophobie étant diminuée, je fis cesser les frictions mercurielles belladonées, j'ordonnai l'usage interne de *cinquante centigrammes* de sous-carbonate de fer une ou deux fois par jour, avec recommandation de diminuer la dose de moitié si le médicament était rejeté par le vomissement ou s'il augmentait l'irritation de l'estomac. Je conseillai également de renifler fréquemment de l'eau froide contenant en solution cinq centigrammes de sulfate de zinc pour chaque décagramme d'eau, dans le but d'éviter le retour de l'épistaxis, qui s'était encore représentée plusieurs fois. Il fut de nouveau enjoint au malade de manger peu à la fois et souvent.

Contrairement à mon attente, le carbonate de fer fut parfaitement bien supporté pendant plusieurs jours. Le malade avait plusieurs fois vomi après l'ingestion des aliments, mais point après celle du médicament qui fut pris chaque fois dans une petite quantité d'eau sucrée aromatisée avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger. Aux frictions d'onguent napolitain furent substituées celles faites avec un liniment composé de :

Alcool de romarin 90 grammes.
Ether sulfurique 15 grammes.
Ammoniaque caustique 1 grammes.
Mêlez.

A employer deux ou trois fois par jour, à la dose d'une cuillerée à café pour chaque friction. Je revis le malade pour la dernière fois le vendredi 13 mars. La faiblesse avait augmenté considérablement. Il lui était absolument impossible de marcher sans s'appuyer sur sa canne et sur le bras de sa sœur. Je lui conseillai de prendre un logement dans mon quartier, afin que je pusse mieux le surveiller, et je le priai de me faire appeler le lendemain, s'il ne se trouvait pas mieux. L'épistaxis n'était pas revenue. Le malade, la veille au soir, contrairement à mon injonction de prendre seulement quelques cueillerées de bouillon à la fois et quelques quarts de lavements de bouillon fort, en avait pris un bol entier qu'il avait gardé. Le matin il en avait encore pris un demi-bol qui avait été rendu par le vomissement. Bien que le carbonate de fer eût été bien supporté, je crus prudent d'y substituer un tonique d'une plus facile assimilation et plus diffusible. Je prescrivis donc une infusion de *quatre grammes* d'écorce de cascarille dans *soixante gram.* d'eau, avec addition de quinze gouttes d'éther nitrique alcoolisé et de 30 gram. de sirop d'écorce d'oranges amères, à la dose d'une cuillerée à café prise de deux en deux heures environ, selon la tolérance de l'estomac, en recommandant au malade la plus grande prudence sous le rapport de la nourriture, dont il ne devait pas prendre plus d'une cuillerée à bouche à la fois. Un bain gélatineux fut aussi prescrit.

Le dimanche 15 mars M. le D. Paillard-Pavillon me fit avertir qu'il avait été appelé le samedi pour voir le malade et qu'il désirait que nous nous réunissions. Je me rendis de suite auprès de M. S..., que je trouvai dans l'état suivant (il est bon de faire observer que le malade n'avait encore pris que le quart de la potion ordonnée le vendredi et qu'en général il était fort indocile).

M. S.... est couché sur le dos et presque immobile ; la figure pâle et décomposée porte l'expression de la plus grande anxiété ; les yeux sont hagards, la respiration est courte, accélérée, l'oppression extrême, le pouls petit, faible, très-fréquent. Le malade se plaint d'une grande oppression et craint de mourir. Les jambes sont infiltrées, le nez est taché de sang que le malade a rendu encore il y a quelque temps. Il a à l'épigastre un peu de douleur qui augmente par la pression. L'auscultation ne fait reconnaître aucune altération ; il n'y a qu'un peu de râle sibilant. Après mûre délibération, nous pensâmes que la moindre émission sanguine pourrait accélérer la mort, que la douleur à l'épigastre ne pouvait être regardée comme inflammatoire, et que dans le cas même d'une inflammation naissant sous l'influence d'une cause inconnue, une application de sangsues ne serait pas admissible. Des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures et sur l'épigastre ; on continua l'usage de la potion prescrite par M. le docteur Paillard et composée d'eau de tilleul et de fleurs d'oranger et d'une petite quantité d'extrait gommeux thébaïque, potion qui avait été employée concurremment avec la limonade gazeuse thébaïque, quelques heures plus tard de larges vésicatoires furent appliqués sur les extrémités inférieures et sur l'épigastre. Malgré tout cela, tous les symptômes s'aggravèrent rapidement, la respiration devint stertoreuse, et le malade succomba à six heures du matin, le 16 mars.

L'autopsie faite le 18 au matin donna les résultats suivants :

Ayant été appelé par mademoiselle S... et M. Philipon, ami de M. S..., pour pratiquer l'ouverture du corps de ce dernier, mort le 16 mars 1840 à une heure et demie du matin, rue Saint-Denis, 207, à Paris, il a été procédé à cette opération le 17 mars mardi matin, à huit heures, en présence de M. le D. Sichel et de MM. Desmanes, docteur en médecine, et Dubois, élève.

Voici ce qui a été observé.

Le cadavre était dans un état de putréfaction très-avancée et répandait une odeur infecte. L'abdomen était distendu par une énorme quantité de gaz ; le cou et le visage gonflés et livides, les membres couverts de marbrures rouges et violettes. Infiltration aux extrémités inférieures et aux parties génitales. L'abdomen et le thorax furent d'abord ouverts. Des gaz très-fétides s'échappèrent en grande quantité de la cavité abdominale. L'estomac présentait une inflammation légère vers son grand cul-de-sac. Les follicules étaient plus développés qu'ils ne le sont ordinairement. Quelques ecchymoses se remarquaient près du pylore. Du reste, aucun épaississement, ulcération ou altération grave. Il n'y avait aucun aliment, aucune boisson dans ce viscère. Les intestins n'offrirent aucune lésion, aucune trace d'inflammation. Le foie était d'un volume très-considérable et d'une couleur ardoisée. La rate avait son

volume ordinaire, la vessie était saine. Les reins présentaient un ramollissement notable.

Les poumons étaient fort crépitants dans presque toute leur étendue; à leur base et à leur bord postérieur il existait un engorgement assez marqué, mais dans une étendue médiocre. Il n'existait dans cet organe aucune espèce de trace de tubercules ni d'autres maladies antérieures. La trachée-artère et les bronches étaient livides, mais sans aucune lésion appréciable; il contenait une petite quantité de mucus sanguinolent. Le cœur était volumineux, mais flasque et pâle; il contenait dans chacun de ses ventricules un caillot assez petit, adhérent, blanchâtre, et très-consistant. Les gros vaisseaux étaient sains et ne contenaient ni sang liquide ni caillots. La veine cave inférieure seule contenait une assez notable quantité de sang fluide.

Le crâne fut ouvert le dernier.—Les membranes du cerveau étaient très-saines, aucune sérosité dans les ventricules. Le tissu de cet organe était tout-à-fait exempt d'altération, seulement il était très-pâle, et les vaisseaux artériels ou veineux, les sinus de la dure-mère ne contenaient presque point de sang.

L'absence du sang dans les vaisseaux de tout calibre, la pâleur, la mollesse et la flaccidité des tissus sont les seules lésions qui ont paru dignes d'être notées.

Aucune altération matérielle appréciable dans les principaux viscères du corps de M. S... n'a pu rendre compte de la mort. L'épuisement par suite des hémorrhagies nasales abondantes et presque continuelles (épuisement manifeste puisqu'il n'existait presque plus de sang dans les vaisseaux et les organes) peut seul expliquer la mort. Quant aux autres altérations siégeant dans le système nerveux et amenées par les fatigues, le travail ou des excès, et qui pouvaient exister, elles ont échappé aux moyens d'investigation qui sont en notre puissance.

Examen des yeux.—On dissèque l'œil droit le premier. Il est partagé en deux moitiés, une antérieure, une postérieure. Les membranes externes et internes, à l'exception de la rétine, sont parfaitement saines. Cette dernière présente les lésions suivantes, représentées dans le dessin.

La rétine est largement parcourue dans toute son étendue par des ramifications nombreuses et très-rouges de l'artère centrale. Toutes ces branches vasculaires, la plupart étroites et fortement distendues, quelques-unes ramifiées et présentant des anastomoses peu nombreuses, partent du centre de la membrane et se dirigent en rayonnant vers la circonférence.

Le grand pli de la rétine, couché obliquement de haut en bas, et de droite à gauche pour l'observateur, offre deux larges taches d'un rouge vif, et une teinte générale rosée dans le reste de son étendue. Au centre de la membrane on voit dix-neuf tubercules rouges dans la pièce, jaune rougeâtre dans le dessin qui a été exécuté après que la pièce a été placée dans l'eau pendant vingt-quatre heures, cinquante heures après la mort. Ces tubercules, presque tous ovalaires, les uns d'un demi-millimètre, les autres de deux et même trois millimètres de diamètre, élevés d'un quart de millimètre à un demi-millimètre environ, sont rangés en anneau autour du point central et sont tous manifestement dus à l'inflammation chronique de la membrane et à un épanchement fibro-albumineux sous son tissu; et séparés les uns des autres pour la plupart, ils permettent de reconnaître dans leurs interstices la rétine, dont la couleur normale différente rehausse encore la belle couleur rouge de l'injection qu'ils présentent. Ajoutons que dans la planche quatre des tubercules seulement ont conservé la belle couleur rouge qu'on remarquait presque sur tous immédiatement après l'ouverture de l'œil. L'anneau formé par les tubercules renferme une aréole rougeâtre élevée, probablement due à l'épaississement de la rétine par suite de la chronicité de son inflammation.

L'œil gauche, le plus anciennement affecté, présente, dans la rétine, les mêmes lésions, mais à un moindre degré.

Je m'empresse dans le même jour, et avant de placer la pièce dans l'alcool, de la montrer à M. le professeur Cruveilhier, qui reconnaît comme moi une inflammation manifeste de la rétine suivie d'exsudation, et trouve ces lésions anatomiques fort curieuses en les rapprochant avec les symptômes d'asthénie générale et profonde.

La pièce est ensuite renfermée dans un bocal contenant de l'alcool à 18°. La rétine n'est détachée de la choroïde que le 8 novembre 1840; elle s'enlève facilement dans toute son étendue jusqu'au point où elle est attachée par le nerf optique. Une grande portion du pigmentum de la choroïde reste collée à sa surface externe, et la partie correspondante de cette dernière membrane est recouverte d'une légère couche de fibro-albumine blanchâtre, concrétée. Les tubercules décrits plus haut sont affaissés, aplatis, d'une teinte jaune assez foncée, tandis que l'aréole circonscrite par l'anneau qu'ils forment est, ainsi que le pli de la rétine, d'un jaune manifestement plus pâle. Toute la partie centrale de la rétine occupée par les tubercules et l'aréole est épaissie notablement et sa teinte jaune est bien plus marquée à sa surface postérieure. Le reste de la membrane a conservé dans toute son étendue ses caractères normaux.

La dissection de l'autre œil est achevée le même jour (8 novembre); la rétine présente à peu près les mêmes caractères que ceux que nous venons de remarquer dans l'œil droit, sauf qu'ils sont tous moins tranchés.

Ce cas ne prouve-t-il point d'une manière bien claire que les amauroses en apparence les plus manifestement asthéniques peuvent être produites, ou au moins accompagnées par une irritation locale ou une inflammation de la rétine? Tous les signes de l'asthénie générale la plus profonde n'étaient-ils pas réunis ici à un degré qui ne laissait aucun doute à l'esprit le plus sceptique; le traitement tonique général n'était-il pas rigoureusement indiqué? Quant aux symptômes peu nombreux d'irritation rétinienne encore persistante que j'avais reconnue et combattue, leur disposition ne devait-elle pas me conduire à admettre qu'une asthénie ou au moins un état organique non accompagné d'irritation leur avait succédé? et malgré tout cela l'autopsie n'est-elle pas venue prouver l'existence d'une rétinite ancienne encore existante?

L'estomac n'a pas présenté de traces irrécusables d'inflammation; la muqueuse, dans une certaine étendue, présentait à la vérité une rougeur pâle et circonscrite, et le dernier jour de la vie du malheureux jeune homme, la pression de l'épigastre produisait une douleur assez marquée. De ces deux

circonstances jointes aux vomissements qui les avaient précédées, quelques confrères pourraient peut-être conclure qu'une gastrite chronique avait été méconnue. Mais j'ai exposé plus haut l'absence positive et complète de tous les symptômes de phlegmasie gastrique, et j'ai la conviction que ces symptômes, ainsi que le râle bronchique et l'oppression, étaient dus à la stase sanguine passive qui précède et accompagne l'agonie même dans les maladies asthéniques. Il est possible aussi que quelque nouvel écart de régime ait produit un commencement de gastrite chez ce jeune homme dont l'estomac était depuis long-temps dans un état d'excitation morbide. N'oublions pas qu'une hémorrhagie violente et long-temps persistante avait été supprimée, bien que progressivement et avec toute la précaution nécessaire.

Quoi qu'il en soit, personne ne niera, dans ce cas intéressant, l'existence, malgré l'asthénie générale, d'une rétinite chronique comme cause primitive et principale de l'amaurose.

Il y a une classe entière d'amaurose généralement considérée comme asthénique et symptômatique d'une maladie asthénique générale : c'est *l'amaurose chlorotique* dont on a beaucoup parlé dans les derniers temps. L'observation de cas nombreux nous a convaincu depuis long-temps que l'amaurose chlorotique, elle aussi, est accompagnée fréquemment d'une irritation locale congestive, et quelquefois peut-être même sub-inflammatoire de la rétine. Cette maladie, loin de n'être, comme l'ont dit le plus grand nombre des auteurs, qu'un simple symptôme de la chlorose, de l'asthénie générale ou de l'anémie, et d'exiger le traitement général de ces affections, commande alors un traitement dérivatif et même anti-phlogistique léger, maintenu dans les limites posées par la débilité ou par le défaut de l'hématose. C'est de ce point fort important de diagnostic et de thérapeutique que nous ferons, dans le prochain numéro de ce journal, la seconde partie de ce mémoire. SICHEL, D. M. P.

II. Du rhumatisme agissant sur le système nerveux.

Le rhumatisme est une maladie commune, mais dont les diverses formes, les siéges divers dans les grandes cavités splanchniques n'ont pas encore tous été bien signalés. Un siège qui lui est généralement assigné, et qu'il occupe en effet le plus souvent, est la fibre charnue des muscles et le tissu fibreux, placés en dehors de ces cavités. On lui reconnaît encore, comme spécialement affectées, les membranes séreuses articulaires, que souvent il envahit toutes, ou simultanément ou successivement.

Mais la prédilection du rhumatisme pour les synoviales n'empêche pas qu'il n'atteigne souvent aussi les autres séreuses. Les auteurs ont noté, et nous pouvons observer fréquemment des pleurésies venues à la suite de la pleurodynie, et qui se rattachent au rhumatisme par des liens plus ou moins apercevables ; et aucun médecin aujourd'hui, après le retentissement que vient d'avoir dans le monde médical l'importante découverte de la connexion du rhumatisme avec la péricardite jointe ou non à l'affection du cœur, ne quitte un malade rhumatisant sans avoir écouté les bruits de la région précordiale.

Or, prenons garde qu'une connexion aussi intime ne se retrouve entre le rhumatisme et les membranes du système nerveux. D'abord analogie de structure entre le péricarde et l'arachnoïde prise conjointement avec la dure-mère qui la double ; nature fibreuse de cette dernière, qui se prolonge sous le nom de névrilème sur toutes les ramifications nerveuses ; voilà qui parle en faveur de la susceptibilité rhumatismale et en faveur du système nerveux, soit dans son tronc, soit dans ses diverses branches. Et, d'autre part, si nous recourons aux faits, nous trouverons à chaque pas des troubles nerveux chez les rhumatisants : tantôt des vertiges, une céphalalgie, un délire alterneront avec des douleurs des membres. Tantôt une paraplégie se montrera avec ou après une douleur rhumatismale des lombes ; d'autres fois ce sera un membre ou toute autre partie isolée du corps qui, après avoir été en proie à des douleurs intolérables, perdra tout-à-coup le sentiment et le mouvement.

Voilà des paralysies que nous pensons devoir appeler *rhumatismales*, et qui reconnaissent pour cause une lésion du système nerveux lui-même, et non une modification de la fibre musculaire dans sa raideur ou dans sa laxité, comme le disait Barthez, qui, expliquant de la sorte les paralysies dont nous parlons, si toutefois il les avait en vue, n'avait pas réfléchi que le sentiment y est altéré, aussi bien que le mouvement.

L'explication de Barthez n'est applicable qu'à ces contractures, bien plus rares que les paralysies dont il s'agit ici, dans lesquelles une partie, conservant du reste toute sa sensibilité, demeure, à la suite d'un long rhumatisme, raide et dure au point de ne pouvoir être fléchie ni redressée pour cause, et de la résistance passive des muscles et de la raideur des articulations à demi ankilosées par lésion de leurs ligaments. Nous avons sous les yeux en ce moment un exemple frappant de cette paralysie de Barthez : c'est une jeune fille de vingt ans environ qui, à la suite d'un long rhumatisme, conserve déjà, depuis plusieurs mois, ses deux membres supérieurs si raides, qu'elle ne peut souffrir le moindre mouvement qu'on chercherait à imprimer aux diverses articulations ; les coudes sont dans la demi-flexion, les doigts restent constamment courbés comme des crochets, et si on essaie de

changer leur direction, leurs petites articulations deviennent très-douloureuses, et on sent d'ailleurs une résistance passive opposée par la raideur des ligaments et la contracture des muscles. Il y a aussi au dos et dans les membres inférieurs des raideurs, mais moins prononcées; la peau de la malade est sèche et rugueuse comme la surface d'un morceau de bois.

Nous pensons donc que le rhumatisme nerveux commence par les membranes, et que ce n'est que consécutivement qu'il gagne la pulpe nerveuse. Pour établir notre opinion, nous manquons de démonstrations cadavériques, parce que la maladie, quand elle ne guérit point, n'entraîne la mort qu'à une période avancée. Or, on conçoit pourquoi on ne peut alors rien conclure : la lésion anatomique ayant eu le temps de s'étendre, de dégénérer, de perdre ses caractères primitifs, un ramollissement trouvé à cette époque à la pulpe nerveuse ne prouvera pas que cette pulpe ait été intéressée de prime abord. Il ne nous reste donc, pour établir que le rhumatisme nerveux commence par les membranes, que les seuls phénomènes vitaux, les symptômes. Or, ils sont loin d'avoir la rigueur de ceux qui établissent les lésions rhumatismales de la plèvre, du péricarde, des snoviales : ici des signes physiques démontrent les épanchements naissants dans la cavité des membranes; ce sont l'auscultation, la percussion, la mensuration; moyens qui nous abandonnent, quand il nous faut constater les épanchements dans la cavité de l'arachnoïde encéphalo-rachidienne. Mais, à défaut de moyens plus rigoureux, nous avons pour nous l'analogie, et elle n'est pas toujours le plus mauvais guide. Survient-il une paraplégie par un rhumatisme lombaire, nous jugeons que le rhumatisme s'est étendu par contiguïté des parties musculaires aux membranes rachidiennes, la dure-mère et l'arachnoïde, et a déterminé une exsudation, un commencement d'épanchement dans la cavité séreuse; parce qu'il nous est démontré que les choses se passent souvent de cette manière à l'égard de la plèvre, des synoviales, du péricarde. Quand la paralysie d'une partie d'un membre ou de sa totalité suit de vives douleurs rhumatismales qui l'ont affligé, nous jugeons que le rhumatisme a gagné le névrilème de branche nerveuse, parce que sa structure l'en rend susceptible.

Quoi qu'il en soit, si l'on veut contester le mode de lésion, lorsque le système nerveux est atteint par le rhumatisme, l'on ne pourra contester la réalité, la fréquence de cette atteinte. Les faits que nous allons relater avec exactitude, et dont nous avons été nous-même le témoin, la mettront hors de toute controverse.

Distinguons, avant tout, les divers modes d'invasion, ou les portes différentes par lesquelles le rhumatisme fait son entrée première au système nerveux.

1° Invasion par l'axe cérébro-spinal (le cerveau ou la moelle, plus souvent par cette dernière, et plus souvent encore par la partie de l'axe correspondant à la région lombaire).

2° Invasion par des rameaux nerveux plus ou moins éloignés du centre, qui reste lui-même sain. Ce seront les nerfs d'un côté de la face ou d'une certaine région du tronc; bien plus souvent ceux des membres. Or, dans ce dernier cas, la lésion pourra atteindre les deux membres d'un même côté, de manière à simuler une hémiplégie par maladie du cerveau; elle pourra être répartie sur les deux membres inférieurs, et feindre une affection de la moelle elle-même. Mais ces cas, capables d'induire en erreur, jusqu'à un certain point, seront rares, et le plus souvent toute l'attaque portera sur un membre seul, ou même sur une portion déterminée d'un membre.

Obs. I. — *Rhumatisme aigu. Le dixième jour invasion rhumatismale sur l'encéphale. Quatre jours après, le rhumatisme émigre de là sur l'axe spinal à la région lombaire, s'y maintient un mois et demi sans variations, et cède alors dans l'espace de quinze jours à deux moxas.*

Un maçon de vingt ans, après une pleurodynie dissipée à son origine par des sangsues, est pris, le 16 février 1840, de douleurs vives aux lombes, ainsi que dans les articulations et les muscles des membres inférieurs (trois saignées successives, diète). Dix jours après, toute douleur se taisant, il survient du délire pendant quatre jours. On donne un grain de calomel qui produit d'abondantes évacuations et le délire cesse. Mais aussitôt les premières douleurs reparaissent, accompagnées cette fois de la diminution de la faculté du mouvement dans les membres inférieurs, et de selles involontaires (deux nouvelles saignées, diète maintenue). Le 8 mars la fièvre diminue pour la première fois, vingt jours après son commencement. Bientôt après les douleurs diminuent aussi, mais la paraplégie persiste et le malade reste pâle, débile, avec souffle continu aux carotides, quoique l'alimentation soit graduellement augmentée. Le 8 avril (50 jours de maladie) des douleurs sourdes persistent aux lombes et aux membres inférieurs; ces derniers sont encore si faibles que le malade peut à peine les soulever. Deux moxas appliqués alors sur la région douloureuse des reins, et appuyés de quelques toniques et de ferrugineux à l'intérieur, déterminent une rapide amélioration. Les douleurs lombaires disparaissent à l'instant, et par degrés les forces reviennent en 15 jours. Le 22 avril le malade marchait sans appui, et quelques jours après je l'ai perdu de vue, alors qu'il n'existait plus de symptôme paraplégique : seulement il restait la pâleur, le souffle aux carotides et la faiblesse générale, qu'on ne savait auquel des deux on devait attribuer, de la maladie ou du rigoureux traitement anti-phlogistique. Jamais il n'y eut de bruit morbide au cœur.

Obs. II. — *Rhumatisme de la tête cédant aux anti-phlogistiques. Après un mois de guérison, rhumatisme des nerfs des deux bras, suivi huit jours après d'un second rhumatisme de l'encéphale. Guérison par les mêmes moyens.*

Un tailleur de soixante-dix ans avait, les mois

précédents, passé les nuits dans les rues de Paris pour exercer une surveillance qui lui était confiée, et habitait d'ailleurs une chambre humide et peu aérée. Dès le commencement de mars 1840 il éprouve des vertiges, des éblouissements et des douleurs vagues; quinze jours après il perd l'appétit et le sommeil, a une céphalalgie continuelle, un pouls dur et plein sans fréquence. Une saignée enlève, pour trois jours seulement, la céphalalgie, qui reparaît avec des douleurs musculaires des bras que les mouvements et la pression augmentent. Le sang de la saignée avait été couenneux. Vingt sangsues à l'anus dissipent immédiatement la céphalalgie encore cette fois; mais les douleurs persistent les quinze jours suivants avec un catarrhe pulmonaire. Depuis un mois le malade était à peu près guéri, lorsque, le 15 mai, les bras redeviennent un peu douloureux et en même temps les mains s'affaiblissent, s'engourdissent. Cependant rien n'apparaît du côté de la tête, le sommeil est paisible, l'appétit conservé et la santé bonne sous tous les rapports (vésicatoire au bras, bourrache). Huit jours après leur apparition, les accidents des bras diminuent; mais le pouls prend de la fréquence, la tête devient pesante, douloureuse, l'œil gauche est injecté, le sommeil disparaît ainsi que l'appétit. Ces symptômes négligés restent à peu près les mêmes pendant vingt jours. Alors un traitement dérivatif soutenu pendant huitaine rétablit l'encéphale (22 juin). Pendant les semaines suivantes quelques douleurs légères se font encore sentir dans les bras, et la main droite reste encore un tant soit peu engourdie : les deux conjonctives sont très-injectées, sans être guère douloureuses. Ces restes négligés finissent par se dissiper spontanément, lorsque le 25 juillet le malade tombe dans des fièvres intermittentes quotidiennes.

Les vertiges et les éblouissements sans douleurs, par lesquels la maladie prélude, sont une forme que jusqu'ici j'ai retrouvée aux accidents cérébraux des rhumatisants assez souvent pour croire qu'elle peut servir à diagnostiquer leur nature. Toutefois, dans le cas actuel, cette nature s'établit encore sur la liaison que les symptômes cérébraux affectent avec les douleurs rhumatismales des membres. Comme elles, ils sont variables dans leur marche; comme elles, si on les abandonne à eux-mêmes, ils ne s'aggravent pas; enfin leur apparition semble quelquefois alterner avec les douleurs, et en tenir lieu. Puis, à tout cela succède une ophthalmie, qui me semble aussi mériter le nom de rhumatismale : celle-ci se guérit d'elle-même et sans aucun remède quand les fièvres intermittentes surviennent. Or, il y a une espèce de parenté entre le rhumatisme et les fièvres intermittentes.

Obs. III. — *Rhumatisme aigu dès son début, invasion sur l'axe spinal aux lombes. Au bout de quatre jours irruption sur les nerfs mêmes des membres abdominaux. Paraplégie guérie en quinze jours par les bains de vapeur.*

Une marchande, de quarante-neuf ans, venant de passer son âge critique, portait au bras droit une fraîcheur continuelle depuis cinq ans. Son état l'expose à plonger souvent les bras dans l'eau froide et à garder sur son corps des vêtements mouillés. Le 23 juin 1840, étant à ses occupations accoutumées, elle est prise d'un frisson bientôt suivi de douleurs lombaires et d'impossibilité de se tenir debout. On la rapporte de la halle chez elle. Pendant trois jours les douleurs persistent vivement aux lombes en forme de ceinture et s'exaspèrent par les mouvements. Le quatrième elles cessent tout-à-fait (on avait seulement appliqué quelque huit sangsues aux cuisses); et d'autres naissent dans les muscles et les articulations des membres inférieurs, qui dès lors faiblissent davantage et commencent à s'engourdir, à faire éprouver des picotements sous la plante des pieds. On commence les bains de vapeur, que l'on continue de deux jours l'un, avec la tisane de gayac et un liniment volatil camphré. Le huitième jour les douleurs et les fourmillements ont disparu, il ne reste que l'ancienne douleur du bras, qui, le douzième, se dissipe aussi, et la malade peut déjà marcher sans appui. Le dix-septième le traitement est suspendu : la malade marche comme auparavant. Quelques jours après je retrouve cette femme à ses occupations, lavant des herbages, et ayant ses vêtements mouillés. Il est probable que les mêmes causes renaissant ramèneront bientôt les accidents.

La lésion nerveuse qui survient aux lombes, dès le début de la maladie, est liée à la souffrance des masses musculaires voisines; celle qui survient aux membres est liée aussi à des douleurs arthritiques bien caractérisées. Le système nerveux, les articulations et les muscles sont guéris promptement sous l'influence des bains de vapeur : voilà qui établit la nature du mal. D'un autre côté, quand, le quatrième jour, les douleurs se portent sur les membres, nous disons que leurs nerfs sont envahis, et nous nous fondons sur ce que la paraplégie augmente alors, tandis qu'elle devrait diminuer par la disparition des douleurs lombaires.

Obs. IV. — *Rhumatisme chronique à deux mois et demi de maladie, invasion sur les nerfs du bras droit.*

Une cuisinière de trente-cinq ans est prise d'une première attaque rhumatismale au commencement de mai 1840. Des jointures des doigts et des poignets les douleurs se portent successivement sur diverses articulations, au dos, aux membres inférieurs. Deux mois se passent ainsi sans fièvre, sans altération notable de la santé. Pendant un jour seulement on a pu surprendre dans les urines des cristaux d'acide urique assez abondants. Après l'usage soutenu de la salsepareille et des bains de vapeur, les douleurs semblaient se dissiper : les derniers restes étaient aux deux genoux, lorsque, le 12 juillet, elles se taisent toutes ailleurs pour se concentrer sur le bras droit : elles y deviennent excessives l'espace de quatre jours, et sont remplacées ensuite par une paralysie incomplète du mouvement, et complète du sentiment, depuis les bouts des doigts jusque par delà le moignon de l'épaule. Alors, plus de douleurs nulle part; état général très-satisfaisant; pas le moindre signe de lésion au cerveau ou à la moelle. Six jours après j'ai perdu la malade de vue, elle était dans le même bon état.

Si l'acide urique avait persisté dans les urines, on douterait si la maladie n'était pas de nature goutteuse. Mais la profession

pénible de la malade, son origine d'une famille non goutteuse, éloignent l'idée de goutte, quoique les petites articulations aient été attaquées.

Obs. v. — *Rhumatisme aigu. Au dixième jour invasion par les nerfs des membres supérieurs : Cinq jours après, irruption nouvelle par ceux des membres inférieurs ; guérison spontanée de la lésion nerveuse, qui se rencontre encore une deuxième fois sur les nerfs des membres supérieurs pour céder de la même manière.*

Un tourneur en chaises de quarante-neuf ans avait autrefois reçu à l'armée une blessure au coude gauche, qui depuis était resté un peu déformé, mais libre et indolent jusqu'à ces dernières années, qu'en deux reprises il avait été le siége d'une douleur qui, chaque fois, s'était dissipée après quelques semaines, soit d'elle-même, soit par certains liniments. Jamais d'ailleurs autres douleurs rhumatismales. Le 8 juin 1840, il est pris tout-à-coup, à son travail, d'une douleur vive au genou droit, à laquelle se joignent des étourdissements, auxquels il était sujet auparavant. Le dixième jour, après avoir suivi diverses articulations du membre inférieur droit, le rhumatisme passe au côté gauche, et envahit en même temps les lombes et les deux bras, dont les mains s'engourdissent aussitôt. Le 15e, malgré une saignée qui a chassé les étourdissements, malgré des bains de vapeur et des douches, l'engourdissement des mains subsiste, le membre inférieur droit est faible, et son pied complètement insensible pendant un ou deux jours. Le pied gauche, au contraire, dont l'articulation est actuellement douloureuse et gonflée, ainsi que le genou correspondant, ne peut souffrir le plus léger contact, et le surlendemain cette exaltation est changée en une insensibilité presque complète qui remonte jusqu'à mi-jambe. Alors (dix-septième jour) il y avait de la fièvre. Une deuxième saignée produit un soulagement marqué, les douleurs lombaires disparaisent pour toujours, le malade peut marcher, les membres inférieurs reprennent leur sensibilité normale, et sont délivrés, les jours suivants, de toutes les douleurs, qui alors remontent vers les membres thorachiques, un ou deux jours après la manifestation d'un phlegmon autour de la piqûre de la dernière saignée au bras gauche.

Le coude droit est le premier siége des douleurs rhumatismales, et aussitôt l'avant-bras et la main sont repris de faiblesse et d'engourdissement. Malgré une troisième saignée, commandée par la fièvre et le phlegmon du bras gauche, ces douleurs gagnent le bras, s'étendent à l'épaule ; une tuméfaction considérable se prononce sur cette dernière, s'étend sur le bras et sur les parois thorachiques, et le onzième jour (trente-unième de la maladie principale) la fluctuation étant manifeste à la face antérieure du moignon, l'ouverture par l'instrument donne issue à une notable quantité de pus, dont l'écoulement n'était pas tari un mois après. Tandis que l'engorgement rhumatismal de l'épaule droite se termine par suppuration (terminaison qui allége beaucoup tout le membre et la main elle-même qui reprend quelques jours après sa sensibilité et sa force), le phlegmon traumatique du bras gauche, au contraire, se résout à peu près complètement dix jours environ après son apparition. Mais l'épaule de ce côté devient à son tour siége de rhumatisme, et dès lors la main et l'avant-bras sont frappés d'une insensibilité complète : la tuméfaction reparaît les jours suivants le long du bras, franchit le coude, et s'étend graduellement jusqu'au poignet, moins prononcée toutefois, moins douloureuse à la pression, et moins rénitente que la tuméfaction phlegmoneuse qui l'a précédée dans la même partie. Elle est même accompagnée d'un peu d'œdème. Dix jours après (cinquante-cinquième) elle était dissipée en grande partie sous des cataplasmes simples ou laudanisés, laissant après elle les douleurs articulaires qui l'avaient précédée, ainsi que l'engourdissement et la faiblesse de la main. Le soixante-cinquième jour, trois vésicatoires successifs à l'épaule, au coude et à la partie externe et inférieure du bras, avaient ramené la main à son état normal, ainsi que l'épaule : mais le coude restait un peu raide et douloureux, et la partie voisine de l'avant-bras était redevenue notablement engorgée et œdémateuse. Le bras droit avait sa force et son volume naturels, était libre dans ses mouvements et dans toutes ses articulations, quoique l'ouverture au moignon de l'épaule ne fût pas encore fermée.

Dès les commencements les sueurs ont été presque continuelles; la fièvre, qui d'abord avait paru légère, même nulle certains jours, persista long-temps pendant la souffrance des bras. Le quarante-troisième jour les membres inférieurs qui, ainsi que les lombes, semblaient depuis long-temps déjà tout-à-fait hors de cause, deviennent un moment le siége de certains fourmillements, et paraissent ensuite plus faibles pendant quelques jours. A la même époque se montre un léger souffle au cœur, suivi d'intermittence du pouls et de tendance à la syncope, lors de la position verticale du tronc. Ces symptômes s'effacèrent douze jours après leur apparition.

Cette observation, outre ce qu'elle contient de propre au rhumatisme nerveux, est encore intéressante sous le double rapport de la suppuration, si rare autour d'une articulation rhumatisante, et du gonflement des parties d'un membre situé entre les articulations malades ; gonflement qui ne paraît pas ici avoir la gravité que certains médecins lui attribuent; car il était en grande partie résous lorsque nous avons quitté le malade, et semblait ne devoir entraîner aucun accident grave.

Les exemples précédents établissent les deux principaux modes d'invasion rhumatismale que nous avons annoncés, ainsi que certaines de leurs variétés. Par quelques-uns d'entre eux, on voit en outre que, l'envahissement primitif ayant eu lieu par un mode quelconque, le rhumatisme peut encore attaquer le système nerveux par d'autres points, s'ouvrir successivement plusieurs voies différentes pour arriver jusqu'à lui, et qu'ainsi plusieurs lésions nerveuses diverses pourront se trouver réunies sur le même sujet. Or, l'on conçoit que ces lésions différentes, qui arrivent successivement dans les exemples ci-dessus, pourraient tout aussi bien commencer simultanément, ce qui établit un mode particulier d'invasion dont il nous resterait à parler. Mais nous n'en dirons rien, à cause que c'est uniquement sur les faits que nous voulons appuyer nos assertions, plutôt que sur des idées conçues *à priori;* et que dans cet envahissement simultané, les symptômes se confondant, comme

les lésions qu'ils doivent établir, il est difficile, il est impossible de les tirer de cette confusion, de faire la part de chacun, et d'établir sur eux des preuves irrécusables.

Diagnostic.—Les lésions nerveuses dans le rhumatisme aigu et chronique sont, comme on voit, très-fréquentes. Si donc il est vrai que, dans la pratique, la nature de la maladie importe plus que son siége, attachons-nous avec soin au diagnostic du rhumatisme nerveux.

C'est par l'altération du sentiment et du mouvement que la lésion nerveuse rhumatismale se produit au dehors, ainsi que les autres lésions du même système. C'est là le symptôme fondamental qui établit et indique le siége du mal; mais il ne dit rien sur sa nature. Jusqu'ici nous n'avons pas remarqué que la modification de la sensibilité et de la myotilité dans les maladies dont nous traitons eût quelque chose de propre, de spécial, qui pût aider le diagnostic. Les paralysies rhumatismales nous ont paru se comporter à peu près comme les autres paralysies; les proportions d'altération du sentiment et du mouvement semblent très-variables, comme pour les autres. L'exaltation de la sensibilité est ici plus rare peut-être que dans les inflammations franches de l'axe cérébro-spinal (il est entendu que nous ne parlons que de la douleur causée par la souffrance du système nerveux, et non de celle que produit le rhumatisme des muscles, des ligaments, etc.). Les contractures sont, sans aucun doute, bien plus rares, et lors même qu'elles apparaissent, elles ne sont ordinairement pas un signe de lésion du système nerveux, comme nous l'avons déjà dit. Peut-être pourrait-on retirer un peu plus de lumière de la marche, de la succession des symptômes. Comme les autres affections rhumatismales, celle-ci pourra quelquefois présenter de capricieuses alternatives de mieux et de pire, de bizarres changements sans cause, qui, jusqu'à un certain point, pourront trahir sa nature.

Mais voulons-nous suivre une route plus sûre et arriver sans peine à la solution du problème, ne négligeons aucune donnée; dépouillons-nous de cette ridicule et funeste suffisance qui trop souvent fait dédaigner l'examen des faits, et nous porte à juger, au premier aperçu, plutôt par des signes que nous supposons que par ceux que la nature nous offre réellement : entrons dans les détails, mettons-nous en possession des commémoratifs, saisissons l'ensemble des signes présents, et réservons-nous, s'il le faut, de voir ceux qui vont suivre. Une paralysie se déclare sur une partie donnée du corps, sur un membre, par invasion sur les rameaux nerveux : pour base de diagnostic, nous avons une douleur violente qui vient de l'affliger, et qui présentait les caractères des douleurs rhumatismales. Cette brusque paralysie locale est-elle primitive, antérieure à toutes douleurs? Celles-ci suivront de près, accompagnées de divers autres symptômes rhumatismaux. Et, en attendant l'apparition de ces signes confirmatifs, le médecin, en suspens, aura interrogé le cerveau, interrogé la moelle, et constaté qu'il n'existe de ce côté aucune lésion, qui puisse devenir la source d'indications plus urgentes, plus positives. Aurons-nous affaire à une paraplégie : l'individu est sujet au rhumatisme; le mal s'est montré à la suite de causes qui déterminent des affections rhumatismales; il est *précédé* ou *suivi* de douleurs lombaires siégeant dans les muscles et autres parties molles placées près de la tige osseuse, ou même d'autres douleurs plus éloignées, mais qui manifestent leur caractère rhumatismal d'une manière non équivoque; ou bien encore l'accident arrive dans le cours même de la fièvre rhumatismale. Dans ces cas, le diagnostic ne sera pas douteux.

Voici un fait où la profession a pu seule servir de base au diagnostic. Un faiseur de puits travaillait, depuis vingt ans, les jambes dans l'eau. Il devient paraplégique quinze jours avant la manifestation d'aucune douleur aux lombes; celles-ci sont même très-légères, et antérieurement le malade n'avait jamais éprouvé aucune douleur rhumatismale. La paraplégie est très-prononcée. La nature présumée du mal a été confirmée par le succès du traitement, des ventouses, des bains de vapeur ayant bientôt amélioré les choses.

C'est donc en général sur d'autres signes rhumatismaux, présents, antérieurs ou subséquents, que nous fondons surtout le diagnostic du rhumatisme nerveux. Prenons garde, toutefois, de ne pas prendre pour rhumatismales les douleurs sympathiques qui accompagnent assez souvent les lésions franchement inflammatoires du cerveau ou de la moelle. Nous venons d'observer tout récemment la terminaison funeste d'une méningite encéphalo-rachidienne chez une fille de vingt ans ou plus, habituellement mal réglée, et qui ne l'était même plus depuis deux mois qu'elle avait eu la rougeole. Les symptômes principaux avaient été : une douleur allant du front à l'occiput, se faisant sentir par élancements, et se propageant de l'occiput le long du rachis; des vomissements opiniâtres; un pouls lent dans un temps de la maladie, et notamment des douleurs vives tout le long du dos, à droite et à gauche de la colonne osseuse, jointes à d'autres sur toute la longueur des membres abdominaux; les bras n'avaient pas été douloureux; ces douleurs, que les mouvements semblaient peu augmenter, devenaient excessives à la pression la plus légère, et semblaient avoir leur principal siége dans la peau : cependant, un jour, les parties molles profondes des jambes m'ont paru souffrir quand je les comprimais et la peau, au contraire, m'a paru alors moins sensible qu'à son état normal. Un traitement anti-phlogis-

tique, le seul indiqué contre une maladie à laquelle on ne pouvait découvrir de nature spéciale, ne put même retarder la mort qui eut lieu en dix ou douze jours. A partir du grand trou occipital, nous trouvâmes dans toute la longueur du canal rachidien la cavité séreuse occupée par des concrétions plastiques, plus abondantes à la face postérieure de la moelle. L'arachnoïde rachidienne était injectée surtout postérieurement; l'injection s'étendait sur les racines postérieures des nerfs; les méninges de la base du crâne participaient à l'injection; mais nous ne pûmes constater de reliquats inflammatoires bien incontestables dans la substance soit du cerveau, soit de la moelle, quelques apparences de ramollissements que l'on trouva étant probablement des résultats cadavériques auxquels avait contribué une température élevée (nous étions au commencement de juillet). La lésion anatomique ici était, comme on voit, assez semblable à celle que nous présumons se former à une certaine époque de l'affection rhumatismale de l'axe spinal, sauf toutefois que, dans le rhumatisme, la lésion est beaucoup plus circonscrite et concentrée dans un petit espace. Mais rien ne faisait ici présumer la nature rhumatismale; l'issue promptement funeste, comme l'étendue de la lésion, semblaient confirmer l'opinion contraire. Une maladie analogue, procédant du rhumatisme, si elle n'était guérie, se serait probablement bien plus prolongée. La différence de causes fait la différence du pronostic, comme la différence de traitement, pour des maladies à lésions anatomiques semblables ou même identiques.

L'encéphale, intéressé par le rhumatisme, manifeste sa souffrance plutôt par des vertiges que par une véritable douleur : aux vertiges peuvent se joindre l'insomnie, un délire ordinairement assez calme, qui se prononce surtout la nuit, et qui, pendant le jour, est bien moins prononcé, quelquefois même entièrement nul. Dans les cas les plus tranchés et les plus aigus, les diverses douleurs rhumatismales diminuent beaucoup, si elles ne disparaissent tout-à-fait, et il ne survient pas de ces douleurs locales sympathiques qui accompagnent si souvent les vraies inflammations de l'intérieur du crâne. Quelquefois la terminaison brusque des accidents cérébraux, que suit la réapparition des douleurs articulaires, vient confirmer la nature de ces accidents; de même que leur brusque apparition, après des douleurs aiguës dans les articulations qui semblent instantanément délivrées, revêt la forme d'une vraie métastase, qui dès le principe ne permet, pour le diagnostic, aucune espèce d'hésitation.

Pronostic. — Il est de l'essence du rhumatisme de faire dans le corps humain, quand il vient de s'y introduire, ce que fait le papillon dans un jardin de fleurs; il salue successivement plusieurs parties du corps, mais agit superficiellement sur chacune d'elles. Celle même qui paraît plus gravement atteinte n'est pas toujours plus tardive à reprendre l'état normal; ne voit-on pas tous les jours, dans le rhumatisme fébrile, de grandes articulations présenter un jour les signes de lésions anatomiques profondes, et qui, le lendemain, sont revenues à l'état le plus sain? La tendance à la résolution des maladies rhumatismales est généralement reconnue : bien rarement la suppuration suit les lésions de cette nature, alors même qu'elles présentent les caractères inflammatoires les mieux dessinés. Cette tendance, plus marquée dans le rhumatisme aigu que dans le chronique, est-elle la même pour tous les tissus que le rhumatisme peut atteindre? Et le groupe des lésions rhumatismales, qui a son siége sur le système nerveux, participe-t-il à la tendance commune? Le rhumatisme nerveux se guérit-il toujours spontanément?

Nul doute que cela n'arrive quelquefois, je dirai même assez souvent. On en voit des exemples dans les observations précédentes, 2e et 5e; et tous les jours on peut voir des paralysies rhumatismales qui disparaissent d'une manière aussi étonnante que capricieuse, à l'instar de certaines arthrites, de certaines autres douleurs rhumatiques; il est même probable que ces guérisons spontanées seraient bien plus fréquentes, si on avait recours aux simples soins hygiéniques qui conviennent au rhumatisme, si on évitait la répercussion de la transpiration insensible.

Gardons-nous cependant de nous reposer sur les soins médicateurs de la nature, et de nous endormir quand il se présentera à nous une paralysie semblable qui vient de commencer. Hâtons-nous au contraire alors de déployer les ressources thérapeutiques contre un mal d'autant plus susceptible de guérison, qu'il est plus récent; et n'oublions pas que de pareilles lésions, négligées ou méconnues dans leurs principes, ont très-souvent revêtu les caractères les plus graves. Quelquefois même certaines d'entre elles affectent, dès les premiers temps, une opiniâtreté, une résistance inaccoutumées. Le fait suivant en est une preuve.

Obs. VI.—Un fort de la halle, de quarante ans, après de fréquents lumbago pendant les trois dernières années, est repris, au commencement de mars 1840, d'une attaque qu'il croit d'abord semblable aux autres; mais qui, loin de se dissiper, s'accompagne, au bout de six semaines, de fourmillements d'abord, puis des symptômes de la paraplégie la plus complète au bout d'un mois. Alors (soixante-quinzième jour de la maladie) l'insensibilité remonte sur le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic; les selles sont involontaires, l'émission des urines impossible. Persistance des douleurs lombaires, qui s'augmentent par les mouvements du tronc et les variations atmosphériques. Pas de fièvre, pas d'altération de la santé. Ce même état persiste encore le 13 août, sans autre amélioration que le retour de la sensibilité au bas du tronc, et à la partie supérieure du membre

inférieur droit. Cependant, à dater du vingt-cinquième jour de la paraplégie, et alors qu'elle n'était encore qu'incomplète, les ventouses scarifiées ont été appliquées aux lombes, et suivies quelque temps après de deux moxas à la même région, lesquels suppurent encore : la strychnine a été continuée plusieurs semaines; des purgatifs ont été souvent administrés pour provoquer des selles qui, quoique involontaires, ont souvent été suspendues pendant des semaines entières : des liniments irritants ont été longtemps mis en usage; la teinture de cantharides a été donnée à l'intérieur à trente-six gouttes pendant quinze jours, sans aucune influence sur la sécrétion ni l'excrétion urinaire.

Si, lorsqu'on joindra les bains sulfureux aux moxas, le mal demeure encore rebelle, il est à craindre que la lésion ne s'étende, si elle ne l'a déjà fait, des membranes à la moelle, que celle-ci ne soit ramollie, et que les membres paralysés ne s'atrophient graduellement.

Toutefois, cette gradation que nous supposons aux lésions anatomiques, cette marche que nous prescrivons à la maladie, la nature s'en affranchit quelquefois. Elle peut nous offrir des paralysies opiniâtres et longues terminés par la mort, sans de ces grands désordres que nous désirons retronver pour excuser l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques, sans aucun ramollissement de la pulpe nerveuse, et même sans aucune lésion appréciable soit de cette pulpe, soit des membranes elles-mêmes. Ainsi nous avons vu, il y a quelques mois, mourir à l'hôpital de la Charité une femme, après deux ans environ de lutte contre les symptômes d'une maladie de la moelle; la paraplégie était complète, les membres atrophiés, et des vomissements opiniâtres avaient, à plusieurs reprises, tourmenté l'existence. Après la mort, la moelle et les membranes, scrupuleusement examinées par M. Cruveilhier, ont été jugées parfaitement saines; dans les parties environnantes ni ailleurs, on n'a pu découvrir de lésion qui pût expliquer quelque chose, et dès lors force a été de rattacher le tout à une lésion de la moelle, qui échappe à nos moyens d'investigation. Mais revenons.

Le rhumatisme nerveux, disons-nous, est le plus souvent susceptible de guérison, du moins dans les premiers temps : qu'il marche avec ou sans fièvre, d'une manière aiguë ou chronique, il peut céder avec la même facilité. Néanmoins ces disparitions brusques et spontanées, suivies de l'apparition de phénomènes nouveaux sur d'autres points de l'économie plus ou moins éloignés, et qui semblent établir d'une manière incontestable l'existence des métastases, sont bien plus fréquentes sous la forme aiguë que sous la forme chronique.

Ainsi apparaît l'importance d'avoir distingué, parmi les maladies organiques du cerveau et de la moelle, regardées à juste titre comme si sérieuses par les anciens et les modernes, un groupe de ces maladies qui échappe à la gravité générale, et dont on triomphe le plus souvent, si on diagnostique à temps leur nature, et que, d'après cette connaissance, on leur oppose sans retard le traitement approprié. Telle a été l'utilité de la démonstration du rhumatisme du cœur et du péricarde; elle a fait retrouver des péricardites guérissables, des bruits morbides du cœur qui, loin d'établir l'existence confirmée de maladies organiques incurables, sont devenus un signal propre à nous mettre en devoir pour prévenir ces mêmes maladies. Toutefois, si les maladies rhumatismales nerveuses diffèrent des autres maladies du même système par la gravité, elles leur ressemblent sous cet autre rapport qu'elles deviennent d'autant plus stables et plus rebelles qu'elles ont duré plus longtemps. Il s'établit alors ce qu'on appelle l'*habitude nerveuse*, état que l'on doit redouter lorsqu'on voit persister la lésion d'une fonction quelconque de l'économie, mais qui est bien plus facile et plus tranché pour les fonctions d'innervation.

Cette habitude nerveuse est cependant moins rebelle pour l'ordre des lésions que nous établissons sous le nom de rhumatismales, lesquelles se ressentent encore longtemps de leur nature, et conservent la tendance à la résolution jusqu'à une époque quelquefois très-reculée. De même que parmi les tumeurs blanches, maladie en général si fâcheuse, les chirurgiens en ont depuis long-temps distingué un ordre, qu'ils ont appelées rhumatismales, reconnaissables à certains symptômes, et auxquelles ils ont remarqué un caractère moins grave, une curabilité qu'elles conservaient long-temps, et que les autres tumeurs blanches n'avaient pas même à leur début; de même, parmi les maladies nerveuses, la science possède un grand nombre de faits de guérison de ces maladies, même invétérées, et qui, d'après toutes probabilités, doivent être rapportées à la nature de celles dont nous traitons. Ainsi ces nombreux prodiges, ces cures merveilleuses que les auteurs rapportent avoir été opérées aux diverses sources d'eaux thermales sulfureuses, ou dans des étuves naturelles, sur des paralysies anciennes et depuis des années déjà regardées comme incurables, seront des faits moins étonnants pour nous qui savons distinguer un ordre de paralysies qui, à l'instar du rhumatisme, reconnaissent pour agent thérapeutique le plus efficace l'entretien et l'augmentation des fonctions perspiratoires de la peau.

Parmi nos observations les plus récentes, nous trouvons un exemple de guérison de paraplégie rhumatismale datant de 3 mois et demi, que nous allons exposer ici.

Obs. VII. — *Rhumatisme nerveux aux lombes, précédé, accompagné et suivi de lumbago et d'autres douleurs rhumatismales. Paraplégie. Guérison par les bains sulfureux.*

Un domestique de trente ans avait, depuis l'âge de douze ans, sa cuisse gauche plus grêle et un

peu plus faible, par suite d'une douleur profonde qui y avait siégé à cette époque, et s'était ensuite dissipée d'elle-même graduellement. Resté bien portant jusqu'au mois de mai 1839, il éprouva alors un violent lumbago, avec exaspération nocturne très-prononcée, qui dura trois semaines. Vers la fin de février 1840, les mêmes douleurs se reproduisirent, et amenèrent au bout d'un mois une faiblesse graduelle dans les membres inférieurs. Bientôt la marche devint très-difficile et impossible autrement qu'à l'aide de deux béquilles. Encore cette fois les exaspérations nocturnes du lumbago furent si vives que le malade ne pouvait se résoudre, malgré les grands froids, à rester dans son lit. Le traitement commença au milieu d'avril, quinze jours après la manifestation des premiers symptômes paraplégiques, par les ventouses scarifiées sur les lombes : on les répéta six ou sept fois et la douleur fut diminuée. Trois vésicatoires volants successifs sur la même région, des bains et douches de vapeur, des fumigations aromatiques n'amenèrent aucun progrès. Un quatrième vésicatoire long-temps entretenu sembla plus efficace, soulagea encore les douleurs lombaires et diminua la paraplégie. Cependant le 25 juin il restait encore aux lombes des douleurs peu vives pendant le jour, mais qui chaque nuit s'exaspéraient fortement ; la pression les augmentait ; les symptômes paraplégiques persistaient et semblaient depuis long-temps stationnaires. On passe alors aux bains sulfureux, on donne la tisane de salsepareille, et aussitôt l'amélioration fait des progrès. Le 4 juillet, la marche est facile sans appui, et le 8 je perds le malade de vue. Il ne restait plus rien aux membres ; mais les lombes n'étaient pas encore entièrement débarrassés des douleurs musculaires, qui augmentaient par la pression, et qui, jusqu'à ce moment avaient conservé leurs exaspérations nocturnes. Quatre jours auparavant s'était montré un point pleurodynique très-gênant, à droite, lequel n'avait pas duré plus d'un jour et s'était passé de lui-même. Les bains sulfureux journaliers n'avaient pas été interrompus depuis le 25 juin.

Nous devrons donc veiller continuellement sur la naissance des accidents nerveux chez les rhumatisants, puisque cette complication est si fréquente. Dans le principe, nous pourrons presque toujours les arrêter : mais ne leur laissons pas prendre droit de domicile. Souvenons-nous que le rhumatisme nerveux, abandonné à lui-même, se prolonge souvent d'une manière indéfinie, et parvient même quelquefois à la plus grande incurabilité. A une certaine époque, ses symptômes perdent leurs formes caractéristiques, les douleurs rhumatismales concomitantes disparaissent, les membres paralysés s'atrophient ; et si le siège du mal est assez rapproché des centres nerveux, si l'innervation est interceptée dans une étendue considérable, la mort en sera la conséquence nécessaire.

Traitement. — Les évacuations sanguines générales et locales, la diète, les émollients dans la première période, et dans la suivante la continuation des émollients, la médication diaphorétique, sudorifique, narcotique, et souvent l'expectation, rarement le tartre stibié, tel est le traitement généralement admis pour le rhumatisme aigu articulaire ou musculaire. Pour le chronique, on commence par quelques évacuations sanguines locales, et aujourd'hui préférablement par les ventouses, du moins quand la maladie ne date que de quelques mois ; par ces moyens et avec du temps, on arrive le plus souvent à la guérison. Nous supposons la maladie dégagée de complications, et les viscères en bon état.

Que si une maladie nerveuse apparaît, liée à ce rhumatisme aigu ou chronique, quelle modification faudra-t-il apporter au traitement ? Procédons d'abord par les analogues, et voyons ce qu'on fait quand la péricardite arrive dans les mêmes circonstances. On insiste alors sur le traitement anti-phlogistique, que l'on rend plus rigoureux ; on dirige les saignées locales vers le siége de l'organe nouvellement atteint ; on place des révulsifs à la même région, avec une sollicitude, une persévérance commandées par la gravité de la complication : jusqu'ici, on n'a encore su mieux faire. Quand les palpitations, les troubles circulatoires deviennent un symptôme prédominant, dans le cours du rhumatisme du cœur, on fait la médecine du symptôme, on a recours à la digitale. Toutefois, on ne se relâche pas sur les moyens hygiéniques et thérapeutiques propres au rhumatisme, première source de tous les accidents.

Maintenant si le rhumatisme, au lieu de se porter sur le tissu fibreux et séreux du cœur, se dirige sur les tissus analogues de l'axe nerveux, ou de ses diverses branches, que ferons-nous ? Le mal a pris une direction différente ; nous irons encore l'attaquer dans son nouveau siége avec des armes peu dissemblables. Après les saignées préalables et proportionnées à la réaction du système sanguin, à la violence, à l'acuité du mal, nous porterons nos ventouses scarifiées à la nuque, derrière les oreilles, pour les accidents cérébraux ; aux lombes pour la paraplégie ; sur la partie paralysée elle-même dans le cas de maladie nerveuse locale : nous réitérerons l'application autant de fois que le résultat en montrera l'efficacité ; et par ce seul moyen employé avec énergie, avec promptitude, nous ferons très-souvent avorter une paralysie commençante. Les évacuations sanguines ont seules arrêté les accidents cérébraux commençant dans la première observation ; elles les ont arrêtés une première fois dans la deuxième observation ; les ventouses scarifiées avaient influencé la paraplégie de la septième observation, bien plus efficacement que les traitements subséquents. Si, au contraire, nous négligeons, nous méconnaissons l'irruption nerveuse à son début, le mal jettera de profondes racines ; ou bien les paralysies prendront de plus en plus de stabilité, à mesure qu'on laissera l'habitude nerveuse s'établir, et deviendront plus rebelles alors même que les lésions anatomiques ne s'aggraveraient pas. On sait combien on a constaté d'hémiplégies incurables, qui avaient persisté après la résorption du caillot hé-

morrhagique et l'établissement d'un kyste vide et tapissé d'une fausse membrane organisée, lequel ne pouvait en aucune manière continuer la compression du caillot : et nous avons rapporté précédemment le fait d'une paraplégie devenue mortelle, alors que le canal vertébral ne semblait contenir rien de morbide ; la lésion, appréciable peut-être dans les commencements, s'étant effacée par la suite.

Contre les rhumatismes nerveux invétérés, on devra recourir à une méthode aussi énergique, aussi opiniâtre, que la maladie elle-même. Les vésicatoires volants successifs; ceux qui sont entretenus ; la cautérisation avec le moxa, le fer chaud, les caustiques, plus ou moins répétée ; la suppuration longtemps soutenue après la chute des escarres ; sont des révulsifs, des dérivatifs qui, appliqués près du siége du mal, ont sur lui souvent l'influence la plus prononcée. La paraplégie de la première observation, qui pendant quarante jours avait résisté et semblait inébranlable, commença à s'améliorer à vue d'œil dès qu'on eut appliqué deux moxas aux lombes, et elle avait entièrement disparu au bout de quinze jours. Le vésicatoire au bras fit disparaître ou diminuer beaucoup l'engourdissement des mains dans la deuxième observation; et tous les jours nous voyons les succès d'un semblable moyen appliqué aux douleurs névralgiques de la face ou des membres inférieurs, qui, pour le dire en passant, semblent tenir aussi du rhumatisme, comme celle dont nous avons précédemment rapporté des exemples. Si ces deux ordres de maladies nerveuses, celles dont nous nous occupons et les névralgies proprement dites, diffèrent le plus souvent par la forme,—ces dernières causant des douleurs sans paralysies, et les premières produisant des paralysies qui font taire des douleurs antérieures,—il n'est cependant pas rare de les voir les unes et les autres se dépouiller de ces apparences différentielles, et montrer alors leur fraternité, et presque leur identité. Ainsi les névralgies de la face, même les mieux caractérisées, amènent quelquefois à leur suite une paralysie des parties souffrantes, qui, ordinairement, porte plus d'atteinte au sentiment qu'au mouvement, et prennent ainsi la forme de notre rhumatisme nerveux tout comme le rhumatisme nerveux, se joint quelquefois, non à la paralysie, mais au contraire à une exaltation vive de la sensibilité, comme on le voit dans l'observation cinquième, où les pieds, avant de se paralyser, ont été le siége d'une exaltation exquise du sentiment, qui feignait de véritables névralgies, dans lesquelles la pression sur le trajet des nerfs augmente les douleurs.

Les bains de vapeur simple sont un troisième ordre d'agents thérapeutiques à opposer au rhumatisme nerveux comme aux autres rhumatismes. Continués plus ou moins, ces bains ont assez souvent produit des effets remarquables ; et ce n'est pas autrement qu'agissent les étuves naturelles, ou ces loges creusées dans la terre, au voisinage de feux souterrains et perpétuels; la troisième observation offre un cas de guérison complète en douze jours d'une lésion rhumatismale de la moelle, et de la paraplégie qui en était la conséquence ; cette guérison ne peut être raisonnablement attribuée qu'aux bains de vapeur que la malade a pris tous les deux jours pendant ce temps, et dont elle appréciait elle-même les bons effets.

Si les moyens relâchants de la peau sont utiles aux altérations profondes que le rhumatisme a portées sur le système nerveux depuis un temps plus ou moins long, ce qu'on ne saurait mettre en doute, nous pensons qu'ils le sont davantage à l'égard de ces lésions les moins anciennes, à l'égard de celles qui sont clairement liées à une suppression brusque et manifeste de la transpiration, ou bien encore à l'égard de celles qui affectent des sujets à système cutané sec, rugueux, imperméable, cette disposition étant chez eux accidentelle ou habituelle et ancienne. Si, au contraire, avec une peau fine et molle, les sueurs sont faciles, qu'il y ait une débilité générale, il nous semble préférable de recourir aux vapeurs aromatiques, et même si l'affection est plus ancienne, à un moyen bien plus excitant et plus énergique, qui est le bain sulfureux.

Les bains sulfureux, à notre avis, contre les paralysies en général, et notamment contre celle dont il s'agit ici, sont une ressource précieuse à laquelle nous aurons toujours recours après toutes les autres, et nous ne désespérerons d'une paraplégie rhumatismale qu'après en avoir long-temps continué l'usage. Seuls, ils guérissent la paralysie qui ne reconnaît pas de lésion aux centres nerveux, mais qui tient à une asphyxie purement locale. Pour celles qui dérivent de cette première lésion, on doit plus espérer des exutoires placés près du siége du mal, et dont on multipliera le nombre suivant le besoin. Mais alors même les bains sulfureux seront encore un auxiliaire des plus puissants. Chez le domestique de la septième observation, les ventouses, les bains de vapeur, les vésicatoires, avaient été inutiles, la maladie de la moelle subsistait depuis trois mois avec la paraplégie. Les bains sulfureux, employés alors pour la première fois, amenèrent une guérison complète en quelques jours.

L'utilité d'un semblable moyen avait été reconnue et signalée déjà dès les temps les plus reculés, puisqu'on prenait les eaux thermales sulfureuses contre les anciennes douleurs et contre les anciennes paralysies. Nous l'avons déjà dit, les auteurs rapportent à cet égard grand nombre de cures éclatantes, dont les plus merveilleuse paraissent avoir eu pour sujet des paralysies rhumatismales.

Pour l'efficacité, nous plaçons les bains sulfureux au-dessus des bains de vapeur, autant que nous plaçons les moxas au dessus

des simples vésicatoires. Cependant nous devons déclarer que nous avons vu quelques paraplégiques, de même que quelques anciens rhumatisants sans paralysie, se plaindre, après un certain temps de l'usage des bains sulfureux, de n'en retirer aucun soulagement, et au contraire de ressentir à leur suite des raideurs des membres et certaines crispations; on passait alors aux bains de vapeur, et l'érétisme disparaissait, la maladie éprouvait de l'amélioration. Du reste un pareil effet de ces bains est si rare, qu'il doit plutôt être attribué aux dispositions individuelles que regardé comme un vice inhérent à la nature même du remède. Bien plus souvent les bains sulfureux produisent un effet péremptoire là où avaient échoué les bains de vapeur et les autres moyens; voici un autre fait confirmatif de leur efficacité.

Obs. viii. —Une domestique âgée de quarante-huit ans, encore réglée, sujette depuis plusieurs années aux douleurs rhumatismales aux reins et ailleurs, ressent, le 15 mai 1840, une faiblesse inaccoutumée aux lombes, laquelle se répète les jours suivants dans les membres inférieurs, dont les jointures deviennent douloureuses. Un mois après, malgré quelques bains de vapeur, subsistent les mêmes douleurs, la même faiblesse; la marche est difficile; les douleurs sont profondes, comme dans les os, s'exaspèrent la nuit et aux changements de temps. Alors (15 juin) on prend l'usage des bains sulfureux, d'un liniment d'huile, d'ammoniaque et de camphre, et de la tisane de gayac. Dix jours après la malade boîte à peine en marchant, et cela par la raideur de quelques articulations. Il n'y a plus de douleur ni de faiblesse dans les membres; il en reste quelques-unes autour de l'omoplate gauche. Le 30 juin guérison parfaite, sauf une légère douleur à la partie supérieure de la jambe droite, qui ne gêne la marche en aucune manière. Depuis le 15 les bains sulfureux n'avaient pas été omis un seul jour.

Je ne puis résister au désir de produire encore une observation qui sera la dernière, dans laquelle j'ai plusieurs fois regretté de ne pas voir recourir au puissant moyen des bains sulfureux pour hâter une guérison qui traînait; et la maladie a fini par récidiver.

Obs. ix.—Un menuisier de cinquante-deux ans, qui avait été militaire et sujet à des douleurs fréquentes dans les membres depuis plus de vingt ans, fut pris de pareilles douleurs aux quatre membres à la fois au commencement de novembre 1839. Pendant cinq mois ces douleurs persistent sans interruption, et produisent dans les parties qu'elles occupent un certain engourdissement. Depuis long-temps accoutumé à de semblables douleurs, le malade néglige celles-ci, et continue de se livrer à ses occupations. Mais dès le commencement du sixième mois se manifeste une paraplégie complète, les membres supérieurs restant, comme auparavant, engourdis le long du bord cubital des avant-bras et des mains, région où avaient été circonscrites les douleurs. Pas de symptômes du côté des lombes. Dès ce moment toutes douleurs cessent. Le malade se fait transporter à l'Hôtel-Dieu. Quatre saignées, des bains tièdes, des douches de vapeur dirigées sur les membres abdominaux; à l'intérieur l'acétate d'ammoniaque dans la tisane de bourache, composèrent le traitement pendant deux mois. Au milieu du troisième (18 juin) le malade se promenait sans appui, sentant encore un peu de faiblesse dans le membre droit, un peu d'engourdissement au talon et aux orteils du pied correspondant, et au-dessus des os des iles de l'un et de l'autre côté, un sentiment de faiblesse inaccoutumé, qui le portait à entourer les lombes d'une ceinture. Vers cette époque le traitement fut suspendu, alors que des bains sulfureux auraient en peu de temps confirmé une guérison solide : et dans la suite, malgré le retour graduel des accidents, on ne reprit que quelques douches rares de temps à autre (ces douches excitaient chaque fois une transpiration abondante et prolongée), et l'usage des frictions avec le baume opodeldoch.

La récidive fut annoncée vers le 24 juin par quelques crises de douleurs intolérables dans les quatre membres, suivant des trajets linéaires : elles arrachaient les hauts cris, se montraient la nuit et disparaissaient pendant le jour. Le malade commença à s'apercevoir d'une diminution de volume dans le membre inférieur droit. Il lui fallut d'abord une canne pour marcher; ensuite il ne put plus monter ni descendre les escaliers, et enfin des béquilles lui furent nécessaires pour se promener, même dans les salles. Après les premières crises il n'y eut plus de douleurs, si ce n'est vers la fin, qu'il s'en montra de légères aux lombes pour la première fois; la pression y était même un peu douloureuse : les membres abdominaux perdirent une deuxième fois le sentiment; et le malade sortit de l'hôpital vers la fin de juillet dans le même état, disait-il, que quand il y était entré. Sa santé générale était parfaitement conservée.

La strychnine, la noix vomique, l'arnica, le seigle ergoté n'ont pas paru avoir, contre les paralysies rhumatismales, plus d'efficacité que contre les autres paralysies; la strychnine et la noix vomitique ont produit dans les parties paralysées les secousses accoutumées.

Grifoullière, D. M. P.

III. Observations pratiques sur l'emploi des bains et douches de vapeur dans plusieurs maladies; rhumatisme, arthropathies, certaines paralysies.

(*Fin*) (1).

Je n'ai rien à dire sur l'emploi des bains de vapeur dans le rhumatisme articulaire ou musculaire des membres, où cette médication ne me semble pas rationnellement indiquée. La maladie est trop générale, trop fébrile, pour qu'on puisse espérer d'en amener, par des remèdes quelconques, une prompte solution. Ne sait-on pas, au reste, que les malades atteints de rhumatisme aigu général, suent en abondance, le plus ordinairement, sans aucun bénéfice pour eux?

Il n'en est pas de même dans les rhumatismes chroniques, où la peau est presque toujours sèche; où le froid, l'humidité de l'atmosphère augmentent les douleurs; c'est un fait trop connu pour y insister. N'y a-t-il

(1) Voir le dernier numéro.

pas alors indication de provoquer une crise par les sueurs, ou de déterminer, suivant l'esprit d'une autre école, une forte révulsion cutanée ; quoi de plus convenable pour obtenir ce résultat que les bains et les douches de vapeur?

M. Rapou, que j'ai déjà plusieurs fois cité, a vu si souvent ces moyens réussir qu'il croit pouvoir se dispenser de rapporter des observations de cette espèce de rhumatisme, qu'il n'a jamais vu résister à l'emploi méthodique des vapeurs, employées particulièrement sous forme de douches, auxquelles on peut associer au besoin les frictions, le massage, la flagellation, etc... (1).

Nous avons vu employer avec succès, dans un si grand nombre de cas, les bains et les douches de vapeur aux néothermes que nous préférons grouper en masse nos observations sur ce point, plutôt que de rappeler isolément des faits toujours identiques.

Je ne dois pas omettre de signaler ce résultat, à savoir : que les bains et les douches de vapeur m'ont paru réussir plus souvent dans le rhumatisme musculaire que dans le rhumatisme articulaire chronique ; et, chose qui paraîtra sans doute étrange, mais qui n'en est pas moins vraie, c'est que les mêmes moyens réussissent peut-être mieux dans les affections chroniques de nature non rhumatismale que dans les arthropathies qui se rattachent à cette diathèse. Alors surtout que des dépôts tophacés, certains engorgements péri-articulaires se sont développés autour des parties malades, les bains et les douches m'ont paru plutôt nuisibles qu'utiles. Rien ne m'a démontré leurs propriétés fondantes résolutives dans ces cas, quelquefois même les symptômes ont été aggravés. On sait au contraire que les bains et les douches d'eaux de Vichy, de Plombières, de Barèges deviennent alors très utiles. Je me rappelle, entre autres observations, l'histoire d'un malade atteint de rhumatisme articulaire fort ancien avec des concrétions tophacées autour de plusieurs des articulations phalangiennes. Son état s'était plutôt aggravé qu'amélioré par l'usage des bains de vapeur. D'après l'avis de M. le docteur Rayer, il commença aux Néothermes un traitement par les bains d'eau de Vichy artificielle; lors de son départ, en juin 1838, pour la source même, ce malade avait éprouvé déjà un notable soulagement, que le séjour à Vichy, et l'usage des eaux naturelles a beaucoup augmenté.

Je sais fort bien que M. Rapou, que d'autres médecins, partisans exagérés des bains de vapeur, ont singulièrement vanté leur action résolutive dans des cas de ce genre; les faits qui se sont passés sous mes yeux me porteraient au contraire à trouver peut-être de l'exagération dans les résultats heureux qu'ils annoncent.

(1) Rapou, *Loc. cit.* p. 336.

Dans le rhumatisme musculaire chronique, au contraire, la méthode fumigatoire trouve un véritable triomphe, surtout lorsqu'elle est secondée par deux puissants moyens : l'habitation dans un air suffisamment échauffé et le massage, les frictions, etc., avantages qui se trouvent réunis à un haut point aux Néothermes, où des baigneurs exercés pratiquent le massage avec un soin et une perfection toute orientale, et où la température toujours douce, même au milieu de l'hiver le plus rigoureux, permet l'exercice, la promenade et des distractions dans de vastes galeries constamment échauffées. Cela est si vrai, que beaucoup de malades éprouvent du soulagement dans leurs douleurs avant d'avoir commencé le moindre traitement, par le fait seul de leur séjour dans un lieu constamment échauffé. On comprend de suite de quelle importance doivent être ces conditions si heureuses pour la cure des maladies chroniques.

Voici en général le traitement qui m'a paru le plus avantageux dans les cas de rhumatisme musculaire, vague ou fixe, soit des membres, soit du tronc. Après quelques jours de repos, d'un régime doux, mais suffisamment réparateur, s'il n'y a pas indication de tirer du sang par la lancette ou par les sangsues, et je ne dois pas manquer ici de signaler l'importance d'explorer l'état des veines hémorrhoïdales, on commencera par administrer deux ou trois bains de gélatine, qui paraissent favoriser singulièrement l'action des bains et des douches de vapeur; c'est un fait d'observation. Viendra ensuite le traitement par la méthode fumigatoire qui sera administrée localement, si quelques points circonscrits seulement sont malades; sur une plus large surface, sur tout le corps, si les douleurs sont générales. Le bain entier, dit bain russe, est fort utile; mais toutes les constitutions ne le supportent pas, le plus grand nombre se trouve mieux des bains par encaissement.

On peut élever la température de ces derniers jusqu'à 40°, 45° centigrades; et les prolonger pendant vingt, vingt-cinq, trente minutes.

Une sueur abondante se manifeste après le bain ; le pouls accéléré, vibrant d'abord, s'assouplit à mesure que vient la sueur, mais avant il a présenté un caractère de plénitude remarquable. Bientôt il se fait une véritable détente, le malade éprouve un véritable bien-être auquel il n'est pas depuis long-temps accoutumé, surtout si l'on a pratiqué le massage pendant ou après l'action de la vapeur.

Une heure après le bain, la peau a déjà perdu de sa chaleur, de sa tension, elle n'a plus qu'une teinte légèrement rosée ; elle est molle et souple. Le pouls a repris un type normal, ou à peu de chose près, et le malade peut se lever, se promener ou vaquer à ses affaires. Il est remarquable que les bains de vapeur affaiblissent très-peu, et qu'ils ne créent pas, comme les bains d'eau, une ex-

trême sensibilité au froid. J'ai constaté plusieurs fois cette différence importante à noter.

On devra, en commençant, mettre un jour d'intervalle entre les séances ; plus tard, on pourra les répéter tous les jours, et même aller jusqu'à deux en vingt-quatre heures. J'ai vu naguère un malade qui, pressé de guérir, avait pris, pour une affection de genou de nature syphilitique, deux bains de vapeur au cinabre pendant vingt-cinq jours de suite ; au bout de ce temps il cessa de souffrir sans avoir éprouvé le moindre accident.

Le nombre des douches ou des bains nécessaires pour un traitement varie singulièrement. Tantôt, au bout de dix à quinze jours, on constate déjà un notable soulagement ; mais, le plus souvent, il est besoin de vingt-cinq, trente et même quarante bains ; fort rarement un très-petit nombre suffit ; mais cela dépend d'une multitude de circonstances, les unes trop connues, les autres trop difficiles à analyser pour les rappeler ici.

Parmi les moyens si nombreux employés dans ces affections chroniques des articulations, réunies, par beaucoup d'auteurs, sous la dénomination vague de tumeurs blanches, les bains de vapeur simple ou médicamenteuse devraient occuper peut-être le premier rang ; mais il importe de retrancher de la série des cas qui réclament leur emploi, les variétés de tumeurs blanches, ou mieux d'arthropathies, dans lesquelles la maladie affecte les os (que ce soit une carie, une nécrose, des tubercules, etc.). Je ne pense pas non plus que le fongus articulaire, qui, suivant l'opinion peut-être un peu trop exclusive de Brodie, aurait son point de départ dans la membrane synoviale, puisse être avantageusement modifié par les bains de vapeur.

L'inflammation chronique des ligaments du tissu cellulaire sous-synovial, de celui qui double les gaînes musculaires et tendineuses péri-articulaires ; les irritations simples de la membrane synoviale, etc. : telles sont les diverses lésions, quelle qu'en soit l'origine, où les bains de vapeur pourront être administrés avec une espérance fondée de succès.

Plusieurs fois nous les avons vus réussir aux Néothermes pour des cas de ce genre. Nous les avons vus échouer aussi, car le meilleur remède ne guérit pas toujours.

Je dois à l'obligeance de M. le professeur Sanson la connaissance d'un cas heureux d'emploi de ces moyens chez une jeune personne âgée de vingt ans, qui avait les deux genoux affectés d'hydarthroses, avec épaississement et induration des tissus péri-articulaires. Au bout de vingt douches de vapeur environ, prises aux Néothermes, la guérison était presque complète ; depuis cette époque (1837) elle ne s'est pas démentie.

Les douches de vapeur produisirent un effet aussi avantageux chez M. B....., négociant de Guingamp, qui fut traité aussi aux Néothermes par le même praticien. La maladie affectait le genou gauche, et datait de plusieurs mois ; on pouvait en rapporter le développement à une chute de cheval. Il y avait de la douleur, du gonflement ; les dépressions situées sur les parties latérales de la rotule étaient effacées, les mouvements de flexion et d'extension exagérés fort difficiles. On avait appliqué des sangsues, prescrit le repos sans obtenir un changement marqué. M. Sanson fit appliquer successivement six vésicatoires qu'on séchait promptement ; au bout de 15 jours, le genou avait diminué de volume, mais il y avait toujours de la fluctuation et de la douleur ; ce fut alors qu'il prescrivit les douches de vapeur ; elles étaient données pendant l'espace de vingt minutes, assez près pour échauffer et rougir fortement la peau ; pendant la douche, le garçon de bain pétrissait l'articulation, et alternativement la frictionnait avec un gant de flanelle ; momentanément le genou devenait plus douloureux, la peau en était plus rouge, mais après douze à quatorze douches, le gonflement avait presque tout-à-fait disparu, les mouvemens étaient devenus plus faciles et plus étendus ; le malade quitta les Néothermes après six semaines de séjour, dans cet état marqué d'amélioration.

Dans l'observation suivante où la lésion était plus grave, moins bien caractérisée, et où presque tous les moyens ordinaires avaient échoué, l'action de la vapeur, combinée avec les mouvements imprimés à l'articulation, a eu le plus heureux résultat.

Obs. I. — Au commencement du mois de mai 1835 madame B..., d'Ivry-La-Bataille (Eure), éprouva dans le genou droit, en descendant brusquement de sa voiture, une sorte de faiblesse, *comme si*, dit-elle, *son membre se fût dérobé sous elle*. Remontée en voiture madame B... n'éprouva qu'un peu de gêne, qui, trois jours après, s'était changée en une douleur, légère d'abord, t se montrant dans la marche lorsqu'elle changeait de position. Un médecin, consulté alors, prescrivit quelques résolutifs (la dissolution d'acétate de plomb, avec l'eau-de-vie camphrée). On ne garda pas le repos. La marche devint de plus en plus pénible ; on constata alors que le genou droit était gonflé vis-à-vis et au-dessous de la rotule ; que cet os était soulevé avec le ligament rotulien ; que la pression y déterminait une crépitation manifeste, sans toutefois augmenter sensiblement la douleur. Du reste, il n'y avait ni rougeur ni chaleur à la peau ; absence de fièvre (on prescrivit le repos absolu, des bains, des cataplasmes émollients, anodins, etc.). Plus tard on fit une saignée, on appliqua des sangsues, car la douleur prit une intensité fort grande. Sous l'influence de ces moyens il y eut d'abord une excitation générale du système nerveux (la malade est d'un tempérament nerveux prononcé) ; puis un mieux remarquable lui succéda ; le gonflement diminua, la douleur était bien moins vive, on allait même cesser le traitement et confier la malade aux béquilles, lorsqu'à la suite d'un mouvement brusque dans son lit, elle éprouva une douleur vive et subite dans le genou malade ; aussitôt retour du gon-

flement, élancements douloureux, agitation nocturne. Un point rouge au niveau de la partie supérieure du tibia sembla y concentrer l'inflammation, un petit abcès s'y forma. Il fut ouvert, on y plaça un cautère. Plus tard un vésicatoire fut appliqué en dehors de la jointure; quand les symptômes d'acuité furent passés, on insista sur les frictions résolutives avec la pommade iodurée; le liniment savonneux, etc. Aucune amélioration. La malade entra aux Néothermes à la fin de novembre 1838.

A cette époque, MM. Marjolin et Velpeau reconnaissent le gonflement de l'articulation tibio-fémorale droite. Toutefois, des mesures prises ne donnèrent pas plus de six lignes de différence ; le tissu cellulaire était empâté, la peau légèrement rouge; les dépressions situées sur le côté de la rotule effacées ; du reste, pas de fluctuation ni de saillie fongueuse; les douleurs sont vives, se continuent surtout en dedans sur le tibia ; les mouvements sont douloureux, la marche est impossible, la malade est obligée de se faire porter pour les moindres déplacements.

On diagnostiqua une maladie des parties fibreuses de l'articulation, et peut-être un commencement d'ostéite ; mais ce dernier point était fort douteux. Les consultants furent d'avis d'appliquer successivement six ventouses scarifiées autour du genou ; d'insister sur le repos, les applications émollientes, et plus tard la compression avec l'agaric, et un bandage simple ou dextriné.

Ces moyens furent employés dans le courant de décembre, sans avoir amené la plus légère amélioration. On ne put continuer la compression qui déterminait une douleur très-vive ; il fallut renoncer également au bandage dextriné. Ce fut alors (25 décembre) que M. Velpeau prescrivit les bains de vapeur ; la malade fut portée au bain ; elle ne le prit qu'à mi-corps, et continua ainsi les jours suivants. La température portée jusqu'à 40°c. détermina une accélération considérable du pouls, qui s'éleva jusqu'à 148, beaucoup de chaleur, de la céphalalgie. Le genou éprouva d'abord un peu plus de raideur ; on le frictionna légèrement d'abord; on insista sur le massage et quelques mouvements de flexion.

Pendant tout le jour la malade souffrit à peine; après le second bain, donné deux jours après, il y avait déjà moins de gonflement; mais on fut obligé de suspendre ces moyens par l'arrivée des règles, qui déterminèrent une recrudescence des plus violentes.

On insista sur les calmants (cataplasme émoll., compresses imbibées d'eau de laurier-cerise qui avaient souvent produit du soulagement, et qui cette fois n'en amenèrent point); cet orage passé, on reprit les bains de vapeur aromatique, on insista davantage sur les mouvements et le massage. De jour en jour les mouvements prenaient plus d'étendue, et se faisaient plus facilement. Le 15 janvier, la malade put se tenir assise; le 16, elle fit quelques pas dans sa chambre soutenue par des béquilles; le 17, elle put se promener plus long-temps dans les galeries; bientôt le gonflement diminua, la douleur, qu'une température froide et humide avait ramenée, n'exista bientôt plus, la malade put descendre les escaliers ; bientôt la progression se fit sans béquilles; au commencement de mars, presque tous les mouvements étaient revenus, il n'y avait plus ni douleur ni gonflement, les forces étaient presque à l'état normal. On pouvait considérer la guérison comme complète.

Cependant une douleur survenue subitement en arrière et à la partie supérieure de la cuisse, avec tous les caractères de la névralgie sciatique, a nécessité l'emploi de douches aromatiques locales, l'application de ventouses scarifiées, le repos, etc. A l'heure qu'il est tous ces symptômes ont disparu (1).

Cette observation est fort remarquable, d'abord comme histoire d'une variété d'arthropathie qui n'a pas été, je crois, bien décrite, ensuite comme exemple de l'heureuse influence de cette combinaison, sur laquelle on ne saurait trop insister, des bains de vapeur et des massages, des frictions, des mouvements, etc. Y avait-il un commencement d'ankilose, formation d'adhérences récentes ; une phlegmasie obscure, dont la résolution s'est faite sous l'influence d'une excitation momentanée? La vapeur a-t-elle déterminé un effet révulsif? Tout cela pourrait fournir matière à discussion : bornons-nous pour le présent à constater la guérison par des moyens trop rarement employés, et qui pourraient même passer pour empiriques.

Dans ce cas la vapeur, d'abord simple, fut ensuite rendue hydro-sulfureuse, mais la malade ne put la supporter alors; on la rendit plus tard aromatique.

Dans un cas de luxation spontanée commençante du fémur (arthrite coxo-fémorale), développée à la suite d'un mouvement brusque et violent de la hanche, M. Sanson prescrivit, chez une jeune personne fort nerveuse, les douches de vapeur ; deux seulement furent administrées, la malade ne voulut pas s'y soumettre plus long-temps. Du reste des ventouses scarifiées, et plusieurs vésicatoires volants placés successivement autour de l'articulation, ayant été mis plus tard en usage, je pense qu'il faut leur attribuer une bien plus grande part dans l'amélioration qui se montra après plusieurs mois de séjour aux Néothermes, qu'à l'action de la vapeur.

Je ne mentionne pas non plus, pour la même raison, plusieurs autres faits où la vapeur fut l'accessoire ou le complément du traitement; cependant son action ne saurait, dans ce cas, être regardée comme indifférente.

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs exemples d'inflammation des bourses muqueuses, ou de simple irritation avec hydropisie, qui m'ont paru avantageusement modifiées par l'action des douches de vapeur.

Obs. II. — Je ne citerai qu'un seul cas; il est relatif à une jeune personne âgée de dix-neuf ans, qui, à la suite d'un mouvement de torsion du pied sur la jambe, éprouva une douleur vive à la partie supérieure et externe du tendon d'Achille, du côté droit; à la douleur succéda le gonflement, une sorte d'empâtement sous-cutané et de fluctuation obscure; les mouvements de totalité du

(1) Les détails de cette observation postérieure au 1er janvier m'ont été communiqués par mon collègue et successeur M. Séguin.

pied, ceux de flexion de la jambe étaient gênés et douloureux, la marche augmentait le gonflement. Le médecin de la malade pensa qu'il y avait un épanchement séreux dans la bourse muqueuse qui entoure le tendon d'Achille, l'isola et favorisa ses mouvements; il prescrivit les douches de vapeur aqueuses d'abord, puis aromatiques. Administrées à un jour d'intervalle, pendant quinze à vingt minutes, et d'assez près pour déterminer une forte rubéfaction de la peau, les douches produisirent d'abord un aggravement passager des symptômes; mais avant le quinzième jour tout avait disparu.

Je pourrais rapprocher de ce fait, où la lésion était bien tranchée, et où la médication fut rapidement suivie de succès, deux autres cas relatifs encore à la même affection qui avait son siége au devant du tendon, vers sa partie inférieure, entre la face postérieure du calcaneum et le faisceau fibreux. Dans l'un de ces cas, la maladie était liée à une affection rhumatismale générale ; dans l'autre, elle était sous la dépendance de l'infection syphilitique; tous deux ont été presque complètement guéris par les douches de vapeur de cette affection locale seulement; car, chez le second malade, on administra un traitement mercuriel par les bains de sublimé.

Les exemples d'hydropisie de ces bourses muqueuses sont assez rares pour que les faits auxquels je fais allusion méritent de fixer l'attention. L'efficacité du traitement par les vapeurs ne saurait être non plus révoquée en doute.

Je n'ai pu citer tous les cas de maladie des articulations où l'action des vapeurs a obtenu un heureux résultat; il suffira de ces quelques faits, je crois, pour en démontrer l'efficacité; on pourra, sous ce rapport, consulter avec beaucoup de fruit l'ouvrage de M. Rapou, qui renferme plusieurs observations intéressantes où ce moyen a été fort utilement employé.

Au reste, il ne faut pas s'attendre à réussir dans tous les cas, même en les choisissant dans la catégorie que nous avons formée en commençant : un bon nombre résisteront; c'est alors qu'il faudra recourir à la compression, aux révulsifs, aux antiphlogistiques locaux et généraux, aux mercuriaux, à l'hydrochlorate de baryte, etc., et parcourir cette longue série de moyens si nombreux et si souvent inefficaces, qu'on a vantés contre les tumeurs blanches des articulations.

Quant à la carie et à la nécrose, à l'affection tuberculeuse des os, la méthode fumigatoire ne pourrait convenir que pour combattre l'état pathologique général auquel la maladie serait liée : telle est l'opinion de M. Rapou que nous admettons bien volontiers; toutefois, nous n'y ajouterons que d'une manière dubitative que l'action de la vapeur pourrait favoriser la réparation d'une nécrose, dont l'exfoliation abandonnée à elle-même s'opèrerait trop lentement (1).

§ II. On a singulièrement vanté l'usage des bains de vapeur contre la paralysie, depuis surtout que la découverte des bains par encaissement et que l'emploi des douches locales ont permis d'agir sur une surface donnée plus ou moins étendue, en ne déterminant pas de congestion cérébrale, si souvent à redouter dans ces cas; ce qui arriverait si la vapeur agissait sur la partie supérieure du tronc, comme sur les extrémités inférieures.

Mais pour étudier, et surtout pour mettre à profit pour la thérapeutique, il est de toute nécessité d'établir des distinctions dans les diverses paralysies, de rejeter celles qui sont liées à un état aigu inflammatoire ou hémorrhagique; celles qui se rattachent à un travail chronique, à une tumeur lentement développée, etc.; en un mot, d'éloigner toutes les paralysies dans lesquelles la lésion du centre nerveux ou de la périphérie est encore existante. Je ne pense pas, en effet, que, dans l'état actuel de la science, on doive attendre beaucoup de succès de l'emploi des bains et des douches de vapeur dans la plupart des affections du cerveau, de la moelle ou des nerfs; ainsi, dans les paralysies avec lésion organique des centres nerveux, lorsque l'épanchement ou le ramollissement sont récents, s'il s'agit d'une phlegmasie des membranes, etc., on ne songera pas à user de ces moyens; mais il vient plus tard une époque de la maladie où peut-être ils seront utiles, et ils ont certainement réussi dans un grand nombre de cas. On devra, ce me semble, y avoir recours aussi dans quelques paralysies essentielles, sur la nature desquelles nous sommes loin d'être suffisamment instruit : ceci s'applique plus spécialement, du reste, aux paraplégies.

Je n'ai vu employer que dans un seul cas des douches de vapeur sur le membre supérieur droit d'un malade atteint, une année auparavant, d'hémorrhagie cérébrale; la paralysie, qui fut limitée au bras droit, cessa en partie au bout de quelques mois; il restait encore de la gêne dans les mouvements des doigts, et un certain degré d'atrophie musculaire. De l'avis de M. Cruveilhier, quatre douches de vapeur simple, dirigées sur l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main, jusqu'à rubéfaction et sensation douloureuse, pendant qu'on faisait mouvoir les articulations, semblaient avoir produit un heureux résultat; les mouvements devenaient plus faciles et plus forts; malheureusement, ce traitement n'a pas été assez long-temps mis en usage pour que son heureuse influence soit définitivement jugée.

Nous l'avons vu réussir complètement, mais avec plus de durée et de constance

(1) Ouvrage cit., t. 2, p. 189.

dans son emploi dans un cas fort curieux de paraplégie.

Obs. III. — Une jeune femme de vingt-six ans, lymphatique, fort impressionnable, eut à la suite d'une couche un abcès circonscrit dans la fosse iliaque: frictions mercurielles à hautes doses, salivation, paraplégie. Elle entra aux Néothermes en mars 1838.—Il y avait paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs; la malade était incapable de se soutenir, à plus forte raison de faire un pas. Elle fut mise à l'usage des douches simples de vapeur sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, le bassin, la partie supérieure et postérieure des cuisses et les jambes. La peau rougissait fortement sans que la malade accusât la moindre sensation douloureuse; le sentiment revint peu à peu, puis le mouvement; au bout d'un mois, la jambe droite pouvait être fléchie, étendue, portée en avant; au bout de deux mois, la malade, qu'on avait toujours portée jusqu'alors à la douche, put y aller en se soutenant sur ses jambes. Elle quitta la maison dans cet état inespéré.

Dans cette observation, digne d'intérêt sous plus d'un rapport, nous ferons remarquer que la moelle n'était pas sans doute le siége d'une lésion anatomique bien caractérisée. Etait-ce une paralysie *sine materiâ?* On pourrait le penser. Toujours est-il que les douches de vapeur ont eu un plein succès, et qu'on pourrait en généraliser l'emploi et l'appliquer à bon nombre de paralysies mercurielles. Hâtons-nous d'ajouter que, dans ce cas, on ne se borne pas aux douches de vapeur; de temps en temps, elles étaient remplacées par l'eau fortement salée, l'eau simple chaude, et surtout secondées dans leurs effets par les frictions répétées avec beaucoup de soin pendant près de vingt minutes.

Dans l'observation suivante, la paraplégie fut moins avantageusement combattue, par la raison sans doute que l'altération de la moelle était plus profonde. Toutefois, il y eut une amélioration telle, que nous croyons devoir relater ce fait avec quelques détails.

Obs. IV. — Madame de B...., âgée de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une excellente santé, fut prise, il y a cinq ans, sans cause connue, de douleurs de nature rhumatismale (on le crut du moins) aux membres inférieurs; ces douleurs étaient vagues et disparaissaient par intervalles; bientôt elles ne cessèrent plus de se faire sentir. Au bout de trois ans et demi d'alternatives de bien-être et de malaise, Madame B..... s'aperçut que les deux premiers orteils du pied gauche étaient devenus insensibles et immobiles; *ils étaient comme morts,* disait-elle; cette insensibilité s'étendit bientôt aux pieds, aux jambes, aux genoux même, à un degré plus marqué toutefois à gauche qu'à droite; sans fièvre, ni aucune douleur dans la colonne vertébrale. Il y avait alors presque toujours de la constipation, et parfois de la difficulté dans l'excrétion des urines.

On diagnostiqua une affection de la moelle épinière. On fit une saignée de bras; six à huit vésicatoires furent successivement placés sur les côtés de la rangée épineuse; plusieurs moxas, des frictions excitantes avec la teinture de cantharides, quelques douches et des bains de vapeur aromatique en petit nombre amenèrent une amélioration notable au bout de cinq mois. Les jambes exécutaient quelques mouvements, la sensibilité était revenue partout, si ce n'est à la peau des pieds; le gauche était cependant presque tout-à-fait insensible au toucher, aux pincements.

Le médecin ordinaire de la malade et M. Andral, qui fut consulté, décidèrent qu'il y avait lieu, dans cet état à insister sur l'emploi des bains et des douches de vapeur, combinées avec d'autres douches aqueuses excitantes: la malade entra, le 8 août 1838, aux Néothermes pour y subir ce traitement.

Alors elle se trouvait dans un état marqué d'amaigrissement; les jambes étaient remarquablement atrophiées; il existait un peu d'œdème à leur partie interne et antérieure. La chaleur générale était augmentée, le pouls à quatre-vingt-quatre puls.; il y avait du sommeil et de l'appétit.

Les pieds pouvaient être fléchis ou étendus sur la jambe, cette dernière était revenue à la sensibilité; mais sur le dos du pied, les pincements les plus forts déterminaient à peine une légère sensation douloureuse; sa chaleur y était normale, assez souvent la malade y ressentait des fourmillements. Du reste, si les mouvements des membres inférieurs s'exécutent, ils sont très faibles, la malade peut à peine se soutenir sur ses jambes, et les mettre difficilement l'une au devant de l'autre.

Il n'existe aucune déviation dans la colonne vertébrale, la ligne des apophyses épineuses n'est pas altérée dans sa direction, la pression n'y est pas douloureuse. A la partie inférieure du dos, la sensibilité diminue; vers le siége elle est presque nulle: la malade n'a pas la conscience des corps sur lesquels elle s'assoit; la douche de vapeur en frappant sur cette région est à peine sentie.

Après une première douche de vapeur aromatique sur la colonne vertébrale, quelques fourmillements se firent sentir aux jambes; il semblait à la malade qu'on l'électrisait, suivant son expression; le même effet avait lieu pendant l'application des moxas.

Du 8 au 14, la malade prit trois douches de vapeur, un bain de vapeur sèche et un bain de Barèges; on fit des frictions et le massage sur les membres inférieurs; il n'y avait pas la moindre amélioration. On donne une douche aromatique sur la colonne vertébrale; les jours suivants on alterne les douches de vapeur et les bains de vapeur sulfureuse, avec quelques douches alcalines chaudes. L'amélioration se prononça dans les premiers jours de septembre. Les frictions et le massage furent continués. Sur la fin du traitement, plusieurs furoncles se développèrent à la suite de l'action des douches.

Vers le 12 septembre, la sensibilité était presque normale; l'infiltration séreuse des jambes et des pieds avait presque totalement disparu. La malade ne marche pas encore comme dans l'état sain, mais elle est de plus en plus solide sur ses jambes, elle n'a besoin que d'un faible soutien pour marcher. Ce fut dans cet état qu'elle quitta les Néothermes, pressée d'aller reprendre des occupations forcées. Elle doit revenir cette année pour achever sa guérison, dans le cas où cette amélioration n'aurait pas été en augmentant.

L'influence heureuse des fumigations dans le cas que nous venons de rapporter mérite

d'être prise en considération; toutefois ce ne fut pas le seul moyen employé; il faut tenir compte aussi des douches alcalines avec addition de sel marin, et de l'action des frictions exercées sur les membres inférieurs.

Je dois à l'obligeance de M. Lacour la connaissance d'un fait presque analogue dont il a recueilli les détails dans le service de M. le professeur Fouquier, à la Charité; il y avait diminution de la sensibilité et paralysie presque complète du mouvement, plus marquée à gauche. Après cinq douches aromatiques, dirigées sur les membres inférieurs, pendant l'espace d'une heure, tous les deux jours il y eut une amélioration marquée; au bout d'un mois la malade se soutenait et marchait faiblement à l'aide d'un léger appui; ses ressources pécuniaires ne lui permettant pas de continuer plus longtemps ce traitement, elle entra pour l'achever à l'hospice de la Charité, où M. Lacour eut occasion de l'observer. Chez notre première malade les douches et les bains étaient moins prolongés, on ne dépassa guère une demi-heure; cela est de toute nécessité chez les personnes nerveuses, impressionnables, ou disposées aux congestions cérébrales.

Ces mêmes moyens, les douches de vapeur simple, sulfureuse ou aromatique, ont réussi dans d'autres cas dont je ne possède pas l'histoire complète. L'un d'eux est relatif à madame la baronne de V., traitée par M. Amussat, en 1834, aux Néothermes; les douches de vapeur simple continuées pendant deux mois, à deux ou trois jours d'intervalle, rappelèrent le mouvement dans les membres inférieurs.

Dans quelques circonstances où il est difficile de rattacher la faiblesse ou la paralysie à une cause locale, et surtout à une lésion des systèmes nerveux centraux, c'est moins aux bains de vapeur par encaissement, quelle que soit la maladie, qu'il faut recourir, qu'aux bains russes, avec ou sans la pluie d'eau froide. On obtient par la combinaison de ces deux moyens des effets souvent fort remarquables; il faudra y joindre le massage et préférablement les frictions sèches.

A ce propos, il est bon de signaler la différence d'action qui caractérise ces deux moyens si souvent confondus. Le massage, bien fait, constitue une médication calmante; sédative; considéré dans son effet général, il calme les nerfs, comme on dit, il diminue l'irritabilité et donne du penchant au sommeil; il endort doucement, si on se laisse aller au besoin qui vous surprend insensiblement au bout de quelques minutes. Les frictions, au contraire, faites avec la main seule ou garnie d'un gant de flanelle, excitent, augmentent la tonicité, l'irritabilité, déterminent des secousses chez les personnes nerveuses et parfois des mouvements convulsifs dans les membres. On devra donc les employer en général dans les cas de paralysie, d'asthénie, et prescrire le massage dans les contractures, les rhumatismes avec douleurs vives; cette distinction me paraît d'une certaine importance pratique.

Les bains de vapeur ont une heureuse action dans certains cas d'aménorrhée. On les administre assez souvent aux Néothermes dans le but de rappeler les règles, et rarement on y a recours sans succès. Dans ces cas, le bain ne doit être donné que jusqu'à la ceinture; la température sera portée aussi loin que la malade pourra la supporter, 40°, 45° c. C'est trois ou quatre jours avant l'époque habituelle qu'il faut en commencer l'usage, et le répéter tous les jours, pour le cesser ensuite dès que le flux menstruel paraîtra.

Il est inutile d'insister, je pense, sur la nécessité de rechercher les causes pathologiques qui pourraient entraver la menstruation, afin de les combattre par une médication appropriée; cette médecine des causes et des indications ne doit jamais être oubliée.

Dans le catarrhe vésical chronique, dans certaines affections gastro-intestinales plutôt nerveuses qu'inflammatoires, les douches et les bains de vapeur m'ont paru souvent fort utiles. Leur action est surtout remarquable dans les affections rhumatismales des viscères abdominaux. Dans ces cas, que les anciens caractérisaient de goutte remontée ou transportée, on se trouve bien de faire diriger long-temps la vapeur d'eau sur les parois abdominales, les membres inférieurs et les parties primitivement entreprises.

Je les ai vu administrer par M. Cruveilhier au lieutenant-général R.... atteint d'un rhumatisme goutteux aux orteils, et pris à de certains intervalles de douleurs atroces dans l'abdomen; un soulagement rapide ne tarda pas à survenir après 15 à 20 minutes de séjour à la douche de vapeur simple.

M.C., âgé de 58 ans, atteint depuis plusieurs années d'une gastralgie qui avait résisté à tous les moyens, reprit ses forces et de l'embonpoint après un certain nombre de douches de vapeur sur l'épigastre. Je n'ai pas d'autres détails sur ce fait.

Quant à l'entérite chronique, qui s'accompagne si souvent d'un état de sécheresse prononcée et de rugosité à la peau, je serais disposé à penser qu'elle pourrait, dans beaucoup de cas, être avantageusement modifiée par les bains de vapeur; sans admettre cependant, avec M. Rapou, « que cette affection trouve par les bains de vapeur le remède qui lui est le plus approprié (p. 302). » « On pourra se borner aux bains à mi-corps, si on le juge convenable, mais ils ne dispenseront pas toujours de l'usage des douches dirigées sur le bas-ventre. » Je crois cependant qu'il vaudrait mieux révulser en même temps sur le système cutané des parties supérieures; l'action thérapeutique serait alors beaucoup plus étendue. Ce fut, du reste, la méthode que mit en usage M. Rapou dans l'observation consignée à la page 299 de son

ouvrage ; il employa les fumigations aromatiques sur tout le corps, en élevant graduellement la température et prolongeant leur durée ; de telle manière que le quatrième bain provoqua une transpiration générale et abondante. Après trois semaines de l'usage de ces moyens, il y eut un soulagement notable, puis guérison ; l'appétit revint, les aliments étaient mieux supportés ; le malade reprit de l'embonpoint et de la gaîté, etc. On ne fait pas assez attention, de nos jours, à l'état de la peau dans la plupart des phlegmasies chroniques, surtout lorsqu'il s'agit de prescrire une médication. Si l'on réfléchit à l'étendue du réseau vasculaire cutané, à la quantité de liquide qui y arrive, à celle qui est sécrétée et excrétée, aux sympathies nerveuses, etc., on éloignera moins l'idée d'agir sur une si grande surface, non seulement dans le but d'y ranimer des fonctions éteintes ou languissantes, mais aussi pour les porter, ces fonctions, à un degré de suractivité anormale, ce qui constitue un moyen si naturel et si énergique d'exercer la révulsion.

Dans les faits que je viens de rappeler, les bains de vapeur ont formé la partie principale du traitement ; les autres moyens, les médicaments, en très-petit nombre, n'ont été qu'accessoires.

Je pourrais maintenant rapporter à l'inverse une foule de cas dans lesquels la vapeur a puissamment secondé l'effet des autres remèdes ; mais ces détails m'entraîneraient trop loin, et m'obligeraient, sans aucun doute, à revenir sur des choses déjà bien connues. Il sera plus utile, je crois, de nous arrêter un peu sur quelques accidents inhérents à l'action des bains de vapeur, ou du moins sur certains inconvénients qui résultent plutôt de leur abus que de leur emploi sagement réservé.

Pendant l'action du bain de vapeur, lors surtout que le corps tout entier est plongé dans l'atmosphère chaude et humide, il est rare qu'au bout de quelques minutes la face ne se colore pas ; la tête devient chaude, pesante, douloureuse même ; les artères temporales battent avec force ; tout annonce une congestion cérébrale commençante ; un bon moyen de la prévenir consiste à tenir sur le front et le sinciput une compresse ou une éponge imbibée d'eau froide ; ou tout simplement de passer de temps en temps sur ces parties un linge mouillé. Les garçons de service des Néothermes ne manquent jamais de prendre cette précaution, qui, du reste, n'est pas indispensable pour tout le monde, ne devient utile, le plus souvent, que lorsqu'on élève beaucoup la température, et que le bain est prolongé. Je n'ai vu qu'une fois des accidents nerveux survenir : le malade, fort pléthorique, fut pris d'un accès épileptiforme auquel il n'était point sujet ; mais l'éloignement de l'étuve chaude et quelques affusions froides le firent promptement revenir à lui ; cela n'eut pas de suite, et il ne fut pas besoin d'autre traitement. Quant à la pesanteur de tête et à la rougeur de la face, elles passèrent fort vite ; au bout de quelques instants tout est rentré dans l'ordre.

Si les malades sont très-sanguins, ont le cou large et court, une disposition aux congestions cérébrales, on fera bien, je crois, d'éviter le bain russe, et de se borner au bain par encaissement ou celui à mi-corps ; il est parfois nécessaire de pratiquer au commencement une saignée ou, mieux, d'appliquer des sangsues à l'anus ; j'ai plusieurs fois vu suivre cette pratique, et je pense qu'on ne doit pas s'en écarter.

On voit assez souvent des palpitations survenir pendant la durée du bain de vapeur, et persister quelques heures après ; cela s'observe moins, du reste, chez les personnes sanguines que chez les individus nerveux et impressionnables ; dans ce cas, il faut aller avec précaution, donner les bains fort courts d'abord : douze à quinze minutes, vingt minutes au plus ; faire élever graduellement la température, ne pas dépasser 30° à 32° la première fois.

Je ne pense pas qu'on doive prescrire les bains de vapeur aux individus anévrismatiques ; il y aurait une grande imprudence à exciter leur circulation. On fera même bien de s'en abstenir chez les personnes affectées seulement de palpitations nerveuses.

On voit quelquefois, pendant la durée du bain de vapeur, surtout du bain simple par encaissement, un sentiment d'oppression ; mais cela n'arrive guère qu'à la fin de la séance, surtout si on la prolonge : c'est une indication de l'abréger.

Relativement aux fonctions digestives, j'ai cru remarquer qu'il n'était pas rare de voir l'appétit diminuer un peu le premier jour ; mais le plus souvent il augmente sensiblement ; la digestion devient plus active, à moins que la vapeur employée comme relâchante et dans l'intention de produire un effet sédatif, ne soit administrée à une très-faible température et pendant un court espace de temps ; mais en général on doit craindre la constipation. La soif est fort vive peu après le bain, et se maintient presque tout le jour plus vive que d'habitude.

Les sécrétions sont, les unes augmentées, la sueur par exemple, et l'on n'en saurait douter ; les autres diminuent, les urines particulièrement. La quantité de ces dernières éprouve une notable diminution ; elles sont en même temps plus rouges, plus concentrées. La bouche est ordinairement sèche ; il y a, en même temps, abord considérable de fluide à la peau ; assez souvent, on constate le développement d'une éruption miliaire abondante ; il n'est pas rare non plus de voir survenir des furoncles.

La nutrition ne semble pas être en proportion de l'énergie de la faculté digestive ; le plus ordinairement, les malades maigrissent ; c'est un fait presque constant, mais qu'on

n'observe qu'après vingt à trente bains; les douches, sous ce rapport, n'exercent pas d'influence appréciable; le bain par encaissement en aurait peut-être plus que le bain russe. Au contraire, les forces augmentent; les systèmes nerveux et musculaire prennent une remarquable énergie; mais il faut distinguer les cas où des sueurs abondantes ont été provoquées, soit pendant un bain trop long-temps prolongé, soit par le repos, sous d'épaisses couvertures, après l'action de l'étuve; alors il se fait par la peau une abondante déperdition de substance, et les forces s'en ressentent, de toute nécessité.

Je dois faire remarquer que l'état plus ou moins prononcé de faiblesse des malades a une influence notable et immédiate sur l'abondance des sueurs déterminées par l'action de la vapeur. Les individus faibles, cacochymes, ou exténués par de longues souffrances, suent beaucoup plus vite et plus abondamment, soit après les douches, soit après le bain par encaissement ou dans l'étuve; la diète a, sous ce rapport, et dans le même sens, une grande influence. La privation du sommeil n'en exerce pas moins; je me rappelle un malade (c'était un médecin) qui notait avec soin que chaque fois que la nuit avait été mauvaise, il suait beaucoup plus pendant et après le bain de vapeur.

Il est inutile, je crois, de rappeler ici les précautions à prendre durant le traitement par les vapeurs; M. Rapou, dans son excellent Traité de la méthode fumigatoire, a consacré un article spécial à ce sujet: j'aime mieux y renvoyer, pour de plus amples détails.

Dans ce court aperçu, j'ai rassemblé quelques faits dont les conséquences pratiques seront faciles à tirer; et comme mes observations sont trop diverses, se rattachent à un trop grand nombre de chefs pour en déduire des conclusions générales, je préfère en rester à ce simple exposé; il suffira peut-être pour faire revenir beaucoup de praticiens de leurs préjugés contre des moyens à la fois simples et efficaces, s'il n'ajoute aux ressources de la thérapeutique un certain nombre de données et d'applications utiles.

BOUCHACOURT, D. M. P.

IV. De l'emploi de la belladone dans les maladies des yeux.

(Extrait d'un mémoire de M. Tonnellé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours.)

On avait facilement constaté que toutes les solanées vireuses avaient une propriété commune, celle de dilater la pupille. Cette dilatation, qu'il fallait attribuer au relâchement de l'iris, fut bientôt mise à profit par les chirurgiens dans les maladies des yeux, d'abord pour faciliter l'opération de la cataracte par abaissement ou par extraction, et ensuite pour s'opposer aux coarctations douloureuses de l'iris dans certaines ophthalmies. On put aussi, par ce moyen, empêcher les bords de la plaie de l'iris de se réunir lorsque l'on avait pratiqué une pupille artificielle, etc. Himly proposa l'emploi de la belladone pour s'assurer si l'iris est adhérent, et pour empêcher cette adhérence, en suspendant de temps en temps son administration, afin de produire des resserrements et des dilatations alternatifs de l'iris (Mérat et de Lens, *Dict. de mat., méd.* t. 1. p. 492). Pour parvenir au but qu'ils se proposent, les chirurgiens emploient la belladone de diverses manières: tantôt ils se bornent à faire sur la paupière et sur le sourcil de l'œil du malade des frictions avec l'extrait, tantôt ils appliquent sur l'œil un cataplasme fait avec une décoction de belladone; quelques-uns préfèrent instiller dans l'œil même de l'extrait ou suc de la plante dissous dans de l'eau; enfin d'autres aiment mieux donner dans un julep l'infusion de cinquante à soixante centigrammes (dix à douze grains) de feuilles. Ce dernier moyen est le plus sûr, et il n'est pas moins rapide que les autres. Parmi les remèdes employés pour combattre l'iritis, un de ceux auxquels la plupart des ophthalmologistes accordent une grande efficacité, c'est la belladone ou le datura stramonium employés de la manière que nous venons d'indiquer.

Mais M. A. Bérard a fait aussi une très-heureuse application de ce moyen au traitement de la cataracte. Non seulement à l'exemple de plusieurs chirurgiens, il emploie la belladone avant l'opération, mais encore il en fait usage quand l'opération est faite; et, par là, outre qu'il agrandit le champ de la vision, il prévient l'inflammation de l'iris si commune et si fâcheuse après l'extraction ou l'abaissement du cristallin.

Tel était à peu près l'état de la science, relativement à l'emploi de la belladone dans le traitement des maladies des yeux, en 1836; mais tout récemment M. le docteur Tonnellé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, a bien voulu nous communiquer un grand travail inédit sur l'oblitération de la pupille, dans lequel il rapporte un grand nombre d'expériences fort curieuses entreprises par lui, sur l'action des diverses préparations de belladone, dans le traitement des maladies de l'iris. Voici les résultats auxquels il est arrivé.

Le suc de la racine fraîche de la plante elle-même, des baies; l'extrait aqueux; l'extrait alcoolique; l'extrait éthéré; l'eau distillée de belladone, ont été tour à tour expérimentés sur une large échelle.

Les sucs des différentes parties de la plante fraîche sont bien supportés par les yeux et dilatent passablement la pupille dans l'état sain; mais dans les cas de maladie, dans tous les cas particulièrement où la pupille tend à s'oblitérer, ou est déjà même en partie

oblitérée, l'effet de ces préparations n'est plus suffisant.

Les extraits alcoolique et éthéré jouissent au plus haut degré de la propriété de dilater la pupille; mais, appliqués sur la conjonctive, ils y déterminent presque constamment un certain degré de rougeur et d'inflammation qui ne permet pas de les employer autrement qu'en frictions sur le front et les tempes, moyen insuffisant; l'extrait aqueux, au contraire, peut être employé impunément en applications sur la conjonctive, aussi long-temps que l'on veut, sans aucune espèce d'inconvénient: tout au plus produit-il dans certains cas, et de prime abord, une légère injection qui se dissipe très-promptement d'elle-même.

Pendant long-temps M. Tonnellé s'est servi de cet extrait en solution dans une infusion de feuilles de belladone, filtrée avec soin; mais aujourd'hui il a reconnu que la meilleure préparation est la dissolution de l'extrait aqueux dans *l'eau distillée de belladone.*

Le hasard l'a conduit à l'emploi de cette eau distillée. Un des élèves de la pharmacie de l'hôpital, dont les yeux étaient particulièrement sensibles à l'influence de la belladone, éprouvait constamment une dilatation notable de la pupille, toutes les fois qu'il pilait de la belladone, bien qu'il évitât avec soin de porter la main aux yeux. Concluant de là que la belladone contient un principe volatil qui avait été négligé et qu'il serait peut-être important d'obtenir, le chirurgien de l'hôpital de Tours fit préparer l'eau distillée de belladone une première fois, en évaporant l'extrait au bain-marie dans un récipient fermé, une seconde fois en distillant la plante elle-même selon la méthode usitée pour la distillation des fleurs.

L'eau de belladone ainsi obtenue est assez exactement la même dans les deux cas, à peine colorée, d'une saveur âcre particulière, d'une odeur vireuse beaucoup plus prononcée que dans toutes les autres préparations, ne détermine pourtant la dilatation de la pupille que d'une façon médiocre.

Mais un grand nombre d'expériences ont porté M. Tonnellé à admettre que cette eau contient la plus grande partie des propriétés calmantes de la belladone. Aussi s'en sert-il avec un avantage des plus marqués dans les cas de photophobie, et en général dans tous ceux où la sensibilité de l'œil est fortement exaltée.

Dissous dans cette eau, l'extrait aqueux, loin d'irriter l'œil, agit efficacement pour tempérer l'inflammation. Il peut dès lors être employé en applications directes sur la conjonctive aussi long-temps qu'il est nécessaire.

La proportion de l'extrait par rapport à l'eau distillée doit être celle de 1 à 2. Plus rapprochée, la solution devient très-épaisse, et n'est plus absorbée avec autant de facilité. Plus étendue, elle perd une partie de son activité.

Pour obtenir de cette préparation tout l'effet dont elle est susceptible, et qui est nécessaire dans certains cas, M. Tonnellé a reconnu qu'elle doit être constamment tenue appliquée sur l'œil. Pour cela il fait répéter les applications de deux heures en deux heures, et tient dans le grand angle de l'œil un bourdonnet de charpie imbibé de la solution que l'on renouvelle assez fréquemment.

C'est principalement dans certaines affections de l'iris qui tendent à oblitérer la pupille, et, à la suite de l'opération de la cataracte, que la belladone, appliquée de cette façon, a produit les effets les plus remarquables.

Dans l'iritis membraneux, affection étudiée depuis long-temps par M. Tonnellé, les adhérences étendues sous forme de rayons du bord de la pupille au centre du cristallin, s'allongent peu à peu sous l'influence du remède, et à des degrés qui varient selon leur consistance, leur ancienneté.

La petite circonférence de l'iris devient inégale, anguleuse, il s'y forme de petites courbes rentrantes, comme autant de petites pupilles partielles.

Les extrémités de ces courbes retenues par les adhérences membraneuses offrent alors, et quelquefois pendant un temps très-long, des saillies anguleuses qui peu à peu s'amincissent et disparaissent progressivement, tantôt par suite d'une sorte d'usure, tantôt par un véritable décollement.

Il n'est pas rare d'en voir les débris flotter au centre de la pupille, jusqu'à ce que l'absorption les ait complètement détruits. Nous avons vu quelquefois, dans ce cas, les points d'insertion de ces membranes à la capsule du cristallin, présentant déjà un commencement notable d'opacité, reprendre peu à peu leur transparence, et la vue se rétablir complètement.

Dans d'autres cas plus graves, où la pupille était déjà presque entièrement oblitérée par des produits membraneux, M. Tonnellé a pu rétablir peu à peu cette ouverture et, avec elle, la vision.

Dans ce cas, tantôt il se fait une petite dilatation partielle de la pupille dans un point de la petite circonférence de l'iris, d'où résulte une sorte de pupille annexe, qui s'agrandit progressivement; tantôt la toile membraneuse paraît s'amincir peu à peu vers son centre; elle s'use, puis se déchire, ou bien se dissipe et se fond en quelque sorte graduellement comme un nuage.

C'est le plus souvent de cette façon que les choses se passent pour les fausses membranes qui surviennent à la suite de l'opération de la cataracte, et c'est aussi dans ce cas que M. Tonnellé obtient les succès les plus complets. Conduit par l'observation à reconnaître que la cataracte secondaire, qui rend si souvent infructueuse pour le malade l'opération la plus heureusement pratiquée, n'est toujours que le résultat de l'iritis membraneux et le produit même des fausses membranes propres à ce genre d'af-

fection, il a appliqué la belladone, selon la méthode indiquée plus haut, au traitement de cette maladie, et presque toujours avec un succès complet, si le remède est appliqué à temps. Ce moyen doit être employé dès le quatrième jour, époque où se forment ordinairement les produits membraneux.

Pour cela il importe beaucoup que l'opérateur se fasse une règle d'examiner avec soin dès le quatrième jour les malades qu'il a soumis à l'opération. Il n'est pas nécessaire d'exposer les yeux à une lumière vive qui pourrait nuire à la vue ; il suffit de les faire ouvrir dans un demi-jour. Si le malade voit, il est inutile d'insister ; mais s'il ne voit pas nettement, surtout après l'extraction, et qu'il n'existe point de gonflement inflammatoire de l'œil, il y a presque certitude qu'il existe une cataracte secondaire, et il n'y a aucun inconvénient à s'en assurer par un examen prompt et avec toutes les précautions possibles.

Plus on s'éloigne de l'invasion du mal, plus la destruction des membranes est lente et difficile. Toutefois M. Tonnellé est parvenu à les détruire au huitième, quelquefois au douzième jour.

Il arrive assez souvent que les membranes ne se détachent que d'un côté, il ne faut point s'en inquiéter. Si la belladone est continuée suffisamment, l'absorption détruit peu à peu celles qui restent, et on les voit se réduire à un petit liséré qui borde tout ou partie du bord pupillaire.

Dans le cas où les préparations de belladone, employées comme il a été dit, ne parviennent pas à détruire les membranes développées, soit à la suite de l'iritis, soit à la suite de la cataracte, elles ont encore l'immense avantage de s'opposer à l'oblitération de la pupille qui ne manquerait point de se rétrécir peu à peu, et de se réduire à un point grisâtre, circonstance qui ne laisse plus que la chance aventureuse de la pupille artificielle.

M. Tonnellé combine alors l'emploi simultané de la belladone et de l'aiguille, de manière à ce que ces deux moyens se prêtent un appui mutuel.

Dans le cas où il reste quelques rayons membraneux, il introduit une aiguille étroite légèrement courbe sur son plat, tranchante sur les côtés, dans la chambre antérieure, par la cornée, en dirige la pointe entre l'iris et le cristallin, et coupe rapidement les adhérences.

Il est quelque fois nécessaire de revenir, à deux ou trois reprises à, cette petite opération, qui est sans douleur pour le malade, et toujours sans aucun inconvénient, si elle est faite convenablement. La belladone doit, du reste, être continuée immédiatement après, pour prévenir de nouvelles adhérences ; le succès n'est qu'à cette condition.

Dans le cas de cataracte secondaire, lorsque les membranes ont pris trop de consistance, lesquelles sont réfractaires à la belladone, le même procédé doit être mis en usage et les produits membraneux largement détachés ; mais c'est dans ce cas surtout que la belladone doit être mise en usage ; c'est ici surtout qu'elle est indispensable pour prévenir une nouvelle adhésion qui ne manquerait pas de se produire.

Au moyen de la belladone, au contraire, le lambeau reste constamment flottant, et l'absorption ne tarde pas à le détruire.

On peut affirmer que de cette façon on parvient à triompher presque constamment de l'affection qu'on a appelée cataracte secondaire et qui est une des causes les plus fréquentes de tous les insuccès de l'opération de la cataracte par extraction.

Dans les cas les plus graves et les plus rebelles, M. Tonnellé a été quelquefois dans la nécessité de faire deux ou trois introductions d'aiguilles et d'employer la belladone pendant six semaines ou deux mois. Jamais il n'a remarqué que l'emploi prolongé de ce moyen ait diminué en quoi que ce soit la sensibilité de l'œil.

On conçoit, d'après ce qui précède, comment certains praticiens ont pu croire qu'ils avaient guéri des cataractes sans opération, alors qu'il ne s'agissait que de simples produits membraneux développés à la suite de l'iritis.

M. Tonnellé emploie encore avec succès les préparations de belladone d'une manière continue dans toutes les blessures qui intéressent l'iris ; l'effet de ces lésions étant constamment de déterminer le resserrement et par suite l'oblitération de la pupille, il a recours à ces préparations dès que l'inflammation a été suffisamment amortie par l'eau froide ; de cette façon, il prévient presque toujours les adhérences membraneuses, et, dans les cas rares où il ne peut y parvenir, il maintient la pupille dans un état de dilatation suffisant pour que la destruction de ces membranes au moyen de l'aiguille ne présente plus de difficulté ; il se sert aussi de ce moyen dans le cas d'opération de cataracte par broiement. On évite ainsi les adhérences qui s'établissent trop souvent entre les débris de la capsule et l'iris, et on active beaucoup la résorption de ces débris en les mettant largement en contact avec l'humeur aqueuse. L'observation prouve que l'emploi de la belladone dans ce cas est d'une utilité telle qu'il peut seul assurer le succès.

Quant à l'usage qu'un grand nombre de praticiens font de ce moyen pour disposer les malades à l'opération de la cataracte, M. Tonnellé le réserve pour l'abaissement ; mais il le proscrit d'une manière absolue pour l'extraction.

En effet, la dilatation artificielle de la pupille, inutile pour favoriser l'issue du cristallin, expose l'iris, pendant l'opération, au tranchant de l'instrument, et, après l'opération, à des adhérences vicieuses de la cornée.

IV. Tétanos traumatique guéri par l'emploi de l'acétate de morphine administré, à haute dose, par la voie endermique et à l'intérieur.

Le 14 juin 1840, quatre soldats du troisième régiment de ligne, de service au poste de l'hôtel-de-ville de Honfleur, avaient été requis de se saisir d'un aliéné, qui s'était évadé de l'hôpital et causait du désordre en ville. Cet aliéné usait de tous ses moyens pour se débarrasser des quatre hommes qui l'avaient *empoigné*. Un d'eux, le jeune Tardif, fut mordu au pouce de la main droite : la morsure, au bord latéral de l'ongle, ne présentait qu'une déchirure peu profonde et longue de dix millimètres. Le jeune militaire pansa son doigt avec un linge trempé de baume du commandeur et continua son service jusqu'au lendemain, à onze heures du matin.

Le 15, peu après le retour à la caserne, Tardif éprouva du malaise : la tête devint pesante ; il était sans appétit. Il fut se promener avec un de ses camarades et se coucha, sur l'herbe, à l'ombre d'une haie. Ce jour-là la température atmosphérique était fort élevée (27° therm. centig.). Ainsi couché au frais, Tardif ressentit une sorte de secousse générale, il se plaignit à son camarade d'avoir la tête plus malade, ne mangea pas dans le restant de la journée, et se mit au lit de bonne heure.

La nuit fut agitée.

Le 16, vers huit heures du matin, Tardif fut atteint de mouvements convulsifs et, peu après, porté à l'hôpital, où je commençai à l'observer à onze heures.

Obs. — Tardif (Casimir) est âgé de vingt-deux ans, d'une constitution robuste avec prédominance du tempérament sanguin. Dans les intervalles des accès convulsifs, il peut rendre compte, en peu de paroles, de ses sensations : La tête est douloureuse, il ressent une forte constriction à la gorge, éprouve une grande oppression, la soif est ardente. Tous les membres sont pénétrés de vives douleurs; la morsure elle-même est douloureuse. Le pouls est plein et fort (80 puls.) La face est plus colorée que dans l'état naturel; la vue est trouble et incertaine; la respiration est gênée et laborieuse. La bouche ne s'ouvre qu'imparfaitement et il ne peut articuler que peu de mots de suite. Le paroxisme est toujours annoncé par un état de raideur générale, puis se manifestent les contractions violentes et saccadées des muscles de la région postérieure du corps : alors la tête se renverse en arrière. Cet état est accompagné de contractions et raideurs des membres : les supérieurs sont plus tendus et plus agités que les autres. Mouvements si violents que le secours de six hommes est nécessaire pour contenir le malade sur son lit. Après l'accès, Tardif revient peu à peu à lui-même, mais alors il prie qu'on ne le touche pas, car le moindre effort pour se mouvoir et parler, la moindre émotion provoquent le retour des paroxismes : il y a, à peine, trois ou quatre minutes d'intervalle.

Prescription : Saignée de 500 grammes; limonade ; potion suivante, par cuillerée chaque demi-heure :

Acétate de morphine,	7 centigrammes.
Eau de laurier-cerise,	120 grammes.
Sirop de sucre.	30 grammes.

Un bain à 31° centig. pendant une heure et demie. Pansement de la morsure avec un cataplasme simple, recouvert d'une couche d'extrait d'opium.

A deux heures les accidents sont les mêmes : le pouls est moins fort et moins plein (78 puls.); le bain a été mal administré.

Le soir le pouls est redevenu plein et fort ; point d'autre changement.

Prescription : Saignée de 600 grammes. Un autre bain. Au sortir du bain, application vésicante sur la région des deux premières vertèbres dorsales, et pansement immédiat avec cinq centigrammes d'acétate de morphine. Renouveler ce pansement vers minuit et à quatre heures du matin. Nouvelle potion pour la nuit et la donner par cuillerée d'heure en heure.

Le 17 juin. Les paroxismes sont aussi violents et ont été aussi fréquents durant la nuit. Les mouvements indispensables pour placer le malade dans le bain ont provoqué des convulsions affreuses qui ont nécessité de l'en retirer immédiatement (il faut renoncer à l'emploi de ce moyen). Pouls moins fort et moins plein; interruption du cours des urines depuis l'entrée à l'hôpital.

Prescription :

Acétate de morphine,	10 centigrammes.
Eau de laurier-cerise,	120 grammes.
Sirop,	30 grammes.

A donner par cuillerée d'heure en heure. Pansement du vésicatoire avec cinq centigrammes d'acétate de morphine. Etablissement d'un nouveau vésicatoire au-dessous du premier, et le panser avec sept centigrammes d'acétate de morphine, à midi et le soir : le premier vésicatoire sera alors pansé avec le cérat.

A sept heures du soir les paroxismes sont toujours violents et fréquents. Le pouls redevient plein et fort (81 puls.).

Prescription : Saignée de 400 grammes. Nouvelle potion avec quinze centigrammes d'acétate de morphine pour être donnée pendant la nuit.

A dix heures il existe une légère diaphorèse; la soif diminue; pouls à 76 puls.

Prescription : Ammoniaque, dix gouttes dans un verre d'eau d'orge de six heures en six heures. Pansement du vésicatoire à minuit, avec dix centigrammes d'acétate de morphine.

Le 18 juin la nuit a été moins agitée; il n'y a pas eu de sommeil ; mais il y a eu plusieurs intervalles de demi-heure entre les paroxismes, qui ont été moins violents. La peau continue à être halitueuse; émission des urines ; le pouls est souple (76 puls.).

Prescription : Troisième application vésicante et pansement de six heures en six heures, avec sept centigrammes d'acétate de morphine : les deux premiers vésicatoires sont pansés avec le cérat. Même potion, par cuillerée d'heure en heure, avec la même dose d'acétate de morphine. Mêmes doses d'ammoniaque.

Le soir l'exacerbation a été moins prononcée que les jours précédents; peau souple sans diaphorèse.

Prescription : Même potion ; mêmes applications endermiques ; mêmes doses d'ammoniaque.

Le 19 juin, le malade a été plus calme ; point de sommeil : les paroxismes sont moins violents et plus espacés ; depuis minuit, il y a eu deux intervalles d'une heure et d'une heure et demie ; la moiteur n'est que momentanée.

Prescription : Mêmes moyens endermiques ; potion avec quinze centigrammes d'acétate de morphine, pour être administrée en douze heures ; ammoniaque, une dose matin et soir.

Le soir l'état du malade s'améliore ; les mouvements sont encore fréquents, mais moins violents : le malade se dit mieux et parle plus aisément.

Prescription : Quatrième application vésicante ; mêmes moyens *intus et extra.*

Le 20 juin. Durant la nuit il y a eu quelques moments de sommeil ; l'espérance renaît chez Tardif ; les accès sont faibles et deviennent plus rares.

Prescription : Mêmes moyens internes. Nouvelle application vésicante, afin d'entretenir l'énergie de l'absorption, et pansement avec sept centigrammes d'acétate de morphine le matin et cinq centigrammes le soir. Suppression de l'ammoniaque.

Le 21 juin. La nuit a été bonne ; pouls naturel (68 puls.) ; quelques secousses remplacent les convulsions.

Prescription : Potion avec dix centigrammes d'acétate de morphine ; pansement du vésicatoire une fois par jour, avec cinq centigrammes d'acétate de morphine. Quatre bouillons.

Le 22 juin. Bon sommeil durant la nuit. Il reste une sorte d'indolence que l'on s'explique aisément à la suite d'un traitement de ce genre. Convalescence.

On diminue graduellement les doses d'acétate de morphine dans la potion et pour les applications endermiques. Les aliments légers sont accordés à Tardif en petite quantité.

Le 26 juin, il mange la demie matin et soir. Les forces se rétablissent, et Tardif sort de l'hôpital le 8 juillet.

Réflexions. — La cause occasionnelle de cet opisthotonos doit-elle, dans la circonstance que nous rapportons, être attribuée seulement à la morsure d'un doigt avec déchirure des tissus, ou bien au pansement irritant fait avec le baume du commandeur? Ces deux causes occasionnelles ont-elles été fortifiées par le fait de se coucher, à l'ombre, sur l'herbe d'une prairie, par une température atmosphérique de 27° du therm. centigrade? C'est ce que nous ne pouvons résoudre.

Avant 1814 nous avions déjà été témoin, soit dans l'Italie méridionale, soit dans les îles Ioniennes, d'un assez grand nombre de cas de tétanos traumatique, et nous n'avons pas souvenir d'un seul exemple de guérison. Alors c'était une des calamités de la guerre ! On se servait, sans succès, des saignées et de l'opium.

Depuis que la chimie a extrait de l'opium la narcotine, qui rendait ce médicament si souvent pernicieux, la science a enregistré plusieurs cas de guérison du tétanos traumatique, traité principalement par l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine. Cette observation n'aura donc d'autre mérite que de démontrer, de plus en plus, l'efficacité du sel de morphine, employé à haute dose dans une maladie qui affecte plus spécialement l'appareil nerveux.

En cent vingt heures, Tardif prit intérieurement *cent trente-neuf centigrammes* d'acétate de morphine. Durant la même période *cent sept centigrammes* de ce médicament furent absorbés par les surfaces actives de cinq applications vésicantes faites le long des vertèbres dorsales. Ces moyens, d'une si grande énergie, avaient à peine, dans le dernier jour, disposé à un peu de sommeil : toute leur action semblait se résumer à apaiser l'élément nerveux.

Convulsions tétaniques. Inefficacité de l'acétate de morphine à l'intérieur. — Utilité de l'emploi de ce sel de morphine par la voie endermique.

Tardif était bien rétabli de la grave maladie qu'il avait éprouvée naguère. Le samedi 18 juillet dernier il était de service au conseil de révision et rentra au quartier à sept heures du soir, se plaignant d'avoir mal à la tête. Vers les neuf heures il fut atteint de convulsions ; à onze heures on me pria de le visiter.

Tardif était couché au milieu de la chambre, que l'on avait couverte de plusieurs matelas. Les convulsions qui agitaient le malade avaient une violence difficile à décrire : que l'on se figure ce malheureux prenant en quelque sorte des points d'appui sur les fesses et la tête, et bondissant presque continuellement. Ses camarades, placés autour des matelas, empêchaient qu'il ne se heurtât le corps contre les murailles.

Le pouls était fréquent et concentré ; la figure colorée ; le corps tout couvert de sueur. Tardif ne répondait à aucune question ; les dents étaient violemment serrées. Je fis contenir le malade sur les matelas. Au milieu des convulsions générales et continuelles survint un nouveau fait : le corps étant empêché de bondir violemment, la tête se fléchissait un peu sur la poitrine, puis aussitôt les muscles de la région postérieure du col se contractaient coup sur coup avec une puissance telle que le malade se serait inévitablement tué, si je n'avais fait mettre deux matelas pour amortir les secousses que recevait la tête, devenue en quelque sorte un maillet frappant violemment en arrière. Cet état dura, sans interruption, jusqu'à une heure du matin. Alors Tardif, tout courbaturé, demanda à boire à ses camarades. Durant le reste de la nuit, il éprouva encore de longues convulsions. On lui donnait, d'heure en heure, une cuillerée de potion avec l'acétate de morphine.

Tardif fut porté à l'hôpital à six heures du matin, le 19 juillet. Le pouls était large, fort et vite (90 puls.). Ce fut alors que le malade put me rendre compte que, dans la journée précédente, il avait rencontré plusieurs de ses compatriotes de Briquebec, et qu'il avait bu, pour sa part, au delà d'un demi-litre d'eau-de-vie, ce qui ne lui avait pas

causé d'ivresse, car il pouvait en prendre une grande quantité impunément.

Prescription : Saignée de 400 grammes; potion avec un décigramme d'acétate de morphine pour 120 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Bain de deux heures. Limonade.

Aussitôt que Tardif eut été mis dans le bain, les convulsions, qui avaient un peu diminué de violence, devinrent si fortes qu'il fallut l'en retirer bientôt.

A midi pouls faible et peu fréquent (78 puls.). Continuation de la potion.

Le soir on me rapporte que chaque fois que Tardif prenait une cuillerée de potion, il était à l'instant même atteint de convulsions générales. Après avoir constaté ce fait par moi-même, en prenant la précaution de donner la potion dans de l'eau ou de la limonade, et à l'insu du malade, afin d'être certain que l'imagination n'y entrait pour rien, je fis cesser l'usage de la potion. Une application vésicante fut faite immédiatement sur les premières vertèbres dorsales et on pansa la surface dénudée avec un décigramme d'acétate de morphine de huit heures en huit heures.

Le 20 juillet la nuit a été fort agitée, mais les convulsions ont été moins longues. Même état du pouls.

Prescription : Continuation des mêmes pansements; limonade; lavement simple.

Dans la journée il y a eu émission des urines : les convulsions, toujours violentes, ont été moins fréquentes; chaque paroxisme ne dure pas moins de trente à quarante minutes.

Prescription : Nouvelle application vésicante au-dessous de la première. Pansement de six heures en six heures avec un décigramme d'acétate de morphine.

Le 21 juillet. La nuit a été meilleure : il y a eu une pause de trois heures de sommeil. Pouls naturel dans l'intervalle des paroxismes, qui ne durent pas plus d'un quart d'heure.

Prescription : Mêmes pansements; limonade.

Le 22 juillet. Le mieux continue; les accès ne sont plus que de dix à douze minutes, et laissent des intervalles de quatre ou cinq heures.

Prescription : Mêmes moyens.

Le 23 juillet. Tardif a dormi presque toute la nuit; au réveil seulement il a éprouvé une violente convulsion; il demande à manger. Pouls faible et lent.

Prescription : Mêmes moyens médicinaux; trois bouillons.

Le 24 juillet. Depuis vingt-quatre heures Tardif n'a eu que deux accès de convulsion. On éloigne les pansements, mais je fais maintenir la même dose d'acétate de morphine. Bouillons.

Le 25 juillet, il n'y a eu qu'une convulsion, au moment du réveil. L'appétit se prononce énergiquement. Soupe.

Le 26 juillet, convalescence; sortie de l'hôpital le 30, pour aller *au Havre et obtenir un congé de convalescence* de trois mois.

Ainsi, à peu de jours d'intervalle, le même sujet fournit l'occasion d'observer l'effet opposé de l'emploi, à l'intérieur, de l'acétate de morphine : Dans le premier cas, l'acétate de morphine avait été un *puissant sédatif* pour ramener à l'ordre les phénomènes les plus graves de l'innervation; dans le deuxième, ce médicament introduit dans un estomac sur-excité par une quantité considérable de liqueur alcoolique, devient lui-même un *excitant puissant* : c'était bien le cas d'agir *à lædentibus et juvantibus.*

LAMARE PICQUOT,
médecin à Honfleur.

10 septembre 1840.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Essai sur les émissions sanguines et les évacuants, précédé de quelques considérations générales sur la vie, la santé, et les maladies; 2e édition; par J. F. Hermant Guibert.

Voici un petit ouvrage de moins de deux cents pages, que nous pouvons placer hors de la ligne du vulgaire des thèses inaugurales actuelles. Nous ne voulons pas dire que tout y soit parfait quant à la forme, ni quant au fond; et quelques opinions hardies que l'auteur émet au sujet du dernier concours, et le nom de Leroy qu'il veut réhabiliter, pourraient bien, dès la préface, lui aliéner l'esprit de plusieurs confrères. Mais qu'on ne s'arrête point à quelques négligences de style ni à quelque âpreté dans les formes. Que les pharisiens de notre époque lui pardonnent son appel en faveur d'un nom mal servi par le vulgaire, et mal attaqué par ses ennemis. Leroy a été le premier maître de l'auteur; ne riez point, dédaigneux physiologistes, car l'élève a fait honneur au maître devant le jury médical de la Faculté. Malgré sa modestie, il a dû nécessairement entrer des personnalités dans sa thèse; dépouillée de détails biographiques, elle serait mal comprise des lecteurs. Nous leur devons donc, ainsi qu'à lui, de les relater brièvement; ils formeront d'ailleurs un épisode assez curieux de l'histoire de la médecine physiologique aux colonies.

M. Guibert exerçait à l'île Maurice la profession d'instituteur, lorsqu'on y introduisit, en 1823, le remède et l'ouvrage de Leroy. Celui-ci fit fureur dans toute la classe des propriétaires; mais on conçoit qu'il n'en fut pas de même dans celle des médecins, presque tous saturés des doctrines de Broussais. Plusieurs des premiers se plaignirent de perdre plus de noirs depuis l'introduction des émissions sanguines, qu'ils n'en perdaient auparavant, alors qu'on les traitait par les évacuants; et ce fut au point que plusieurs habitants se mirent à médicamenter eux-mêmes leurs noirs et même leur famille. Témoin et admirateur des succès de ces docteurs de circonstance, l'auteur éprouva le désir d'étudier l'art médical. Il se jeta

dans la médecine empirique; il avoue qu'il eut le tort d'être exclusif, mais il n'en assure pas moins que, les maladies saburrales étant extrêmement fréquentes à l'Ile-de-France, il eut presque toujours à se louer des vomitifs et des purgatifs. En 1833, il vint étudier la médecine à Paris, où il s'est réconcilié de bonne foi avec les émissions sanguines, même avec les écrits de Broussais; voilà pour son histoire. De sa thèse, nous ne pouvons donner qu'un extrait fort imparfait; car elle n'est qu'une analyse succincte, et pourtant suffisante, des meilleures doctrines médicales.

Le chapitre de l'utilité et des dangers de la saignée n'offre rien qui ne soit connu, nous devrions dire plutôt qui ne doive être connu, car l'auteur ayant, sur beaucoup de praticiens purs, les avantages de nombreuses lectures, a su grouper avec art les opinions des principaux maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à ce qui se disait encore hier. Il admet l'efficacité des émissions sanguines pratiquées dans le service de M. Bouillaud, à l'occasion des pneumonies. Mais il dit avoir été témoin, dans le même service, de bien funestes mécomptes dans les cas de fièvre thyphoïde. Six malades sur sept succombaient ici dans l'espace de six semaines, tandis que, dans le service de M. Larroque, ils guérissaient presque tous. Lui dira-t-on qu'il a bien su observer le médecin de la Charité dans certains cas, qu'il a mal su dans d'autres?

Dans le troisième chapitre, de l'altération des humeurs, l'auteur, avec toute la franche hardiesse de pensée qui règne par tout son livre, dit que l'humorisme exclusif, défectueux, ainsi que le solidisme, a cependant fait beaucoup moins de mal que ce dernier. Nous nous rangeons complètement à cette opinion, qui redevient de jour en jour plus générale. A la fin de ce chapitre, il se plaint que l'école de Paris ne connaisse encore que peu les évacuants. En tête du suivant, sur l'utilité de ces derniers, il prouve que cette médication est une découverte essentiellement populaire, car le nègre la connaît mieux que nous, et il justifie cette assertion par la sentence d'Hippocrate, que la connaissance des effets des remèdes ne s'apprend pas par la force du génie. Cependant la méthode des citations et des croyances sur parole porte M. Guibert un peu trop loin; à le croire, Broussais serait un médecin plus humoriste que physiologiste : il ne saignait pas dans la phthisie tuberculeuse, il reconnaissait l'état saburral, et faisait vomir ou purgeait en conséquence. Tout cela est vrai, mais ce qui est vrai dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques* a été bien contredit depuis dans *l'Examen des doctrines médicales*; et qui voudrait bien publier les œuvres complètes de l'auteur de la doctrine physiologique pourrait mettre en tête, sa thèse inaugurale où il dit n'avoir guéri une ophthalmie bilieuse qu'au septième émétique; et pourtant on ne devrait pas se hâter de conclure de ce Broussais-là au Broussais qui depuis..... *Quantum mutatus ab illo*!

Nous nous associons presque sans restriction aux éloges que M. Guibert accorde aux vomitifs; comme lui nous les avons vus réussir journellement entre les mains d'un de nos plus illustres praticiens; nous les avons vus aussi balayer en trois jours ces prétendues gastrites et gastro-entérites, que l'eau de gomme caressait et choyait depuis trois semaines jusqu'à trois ans, et d'autres fois déblayer la voie à une phlegmasie embarrassée de son cortége bilieux; comme lui aussi nous avons vu les biens minimes inconvénients d'un émétique, là où il paraissait peu indiqué. Cependant il ne faut pas exagérer. Nous ne croyons pas à un grand danger de cette médication dans la fièvre typhoïde, mais nous ne croyons pas non plus à ses bons effets manifestes, ni surtout constants. Ils peuvent être utiles alors pour éliminer une complication, ils ne font rien sur la marche de la maladie. Son chapitre se termine par l'observation intéressante de la réduction d'une hernie étranglée par le vomissement provoqué.

Nous mettrons encore un peu plus de restriction aux éloges donnés aux purgatifs, non que nous tremblions à la seule idée des phlogoses intestinales; non pas non plus que nous en redoutions l'abus à l'égal de celui des saignées, mais parce qu'il nous semble que leur usage n'est pas d'une utilité et d'une innocuité aussi générales dans toutes les maladies aiguës, et que dans quelques maladies chroniques il nuit à leur résolution lente; souvent utiles à la fin des affections aiguës, les purgatifs commencent parfois à nuire, si elles viennent à passer à l'état chronique; c'est particulièrement dans les épanchements pleurétiques que nous avons fait cette remarque; et combien de médecins les traitent cependant par des purgatifs réitérés plusieurs fois la semaine! C'est bien moins par les intestins que par la peau que se jugent à la longue les pleurésies et la plupart des autres maladies chroniques, surtout celles avec épanchement. Or, les purgatifs ont précisément pour premier effet de stupéfier la peau; aussi les anciens disaient-ils avec raison que les purgatifs sont généralement mauvais contre la toux et la plupart des affections lentes de la poitrine.

Par contre, nous croyons avec l'auteur que les purgatifs peuvent être avantageux dans les maladies cutanées, où il se manifeste sur la peau un éréthisme que l'indication est d'abattre.

Vient forcément ici la formule de M. Larroque pour la fièvre typhoïde. Nous la préférons de beaucoup à celle des saignées coup sur coup; elle a son application dans un petit nombre de cas, est inutile dans la majorité, dangereuse dans quelques uns; en somme, elle a pu convenir dans quelques constitutions médicales particulières, comme

ormule dogmatique et fatale, elle ne saurait convenir à une maladie qui ne se formule pas.

Le chapitre sur le danger des évacuants, surtout des purgatifs dans certains cas, offre d'excellents passages. Ceux où ils sont le plus nuisibles, selon l'auteur, sont les maladies nerveuses récentes, la plupart des hydropisies symptomatiques, et enfin l'usage trop prolongé des laxatifs a l'inconvénient, dit-il avec raison, non pas de déterminer une irritation des intestins, mais bien leur atonie, leur *ab-irritation*.

Dans un cinquième chapitre, de puissantes autorités sont citées en faveur de l'association des émissions sanguines et des évacuants. C'est surtout au traitement si difficile de l'apoplexie que l'auteur en fait heureusement l'application. Ici se termine la tâche que s'est imposée M. Guibert, et on peut dire, à son éloge, que dans cent quatre-vingt-quatre pages toutes les questions fondamentales de la thérapeutique sont soulevées, agitées, discutées, nous oserions dire pour la plupart résolues avec toute la conviction et la modestie du talent. Il avoue avec franchise avoir commis des fautes pendant plusieurs années d'une pratique empirique. Mais, d'après le cachet de longue lecture dont chaque page de son livre est empreinte, nous pouvons avancer hardiment que son exercice semi-légal de la médecine a sauvé plus de malades que l'exercice très-légal de beaucoup de ses contemporains physiologistes. Aussi recommandons-nous vivement la lecture de sa thèse; elle appuiera bien des convictions, et fera disparaître les préventions sincères. Ses opinions ne sont d'ailleurs point celles d'un praticien routinier et vaniteux d'une petite découverte; M. Guibert n'a rien découvert ni inventé, mais il a tiré de l'oubli, retrouvé de vieux et bons principes que l'orgueil philosophique de notre époque cachait soigneusement à l'enseignement, pour leur substituer des créations plus éphémères encore que leurs auteurs, et il a eu la généreuse hardiesse de le proclamer hautement devant qui de droit; mais en même temps il a eu le bon esprit d'éviter le mépris systématique pour la médecine contemporaine; à chaque page il témoigne de son respect pour des noms tels que ceux de Broussais, de Chomel, d'Andral, de Bouillaud, de Larroque, etc.; mais il peut aussi leur dire avec fermeté qu'Hippocrate, dans le *livre de l'ancienne médecine*, tout en reconnaissant l'utilité de l'anatomie, faisait sentir aux médecins qu'ils ne doivent pas cependant y mettre leur principale confiance. Il peut leur dire : Je cite Hippocrate, parceque j'ai eu la satisfaction de trouver dans ses écrits que ce que j'avais appris dans les pays étrangers n'était point une chimère; je cite Hippocrate parce qu'il m'a enseigné ce que j'aurais vainement attendu de votre école où l'on perd un temps précieux à entendre discuter sur la forme, la couleur, la densité des crachats; ou à écouter des leçons interminables sur l'auscultation et la percussion, comme si toute la médecine était là; je cite Hippocrate, parce que des médecins contemporains du plus grand mérite nous disent, dans leurs écrits et dans leurs leçons orales, que, tout en rendant hommage aux modernes pour les services incontestables qu'ils ont rendus à la science, il faut avouer que la justesse des observations d'Hippocrate a été reconnue par l'expérience des siècles passés, et que les œuvres de ce grand homme, comme d'indestructibles monuments, feront l'admiration des générations à venir. Et nous aussi, nous dirons à quelques prétentions exagérées des modernes, que leurs noms dans la balance ne sont encore qu'un poids incertain auprès des noms à jamais inscrits et ineffaçables d'Hippocrate, de Sydenham, de Huxham, de Stoll, de Bordeu, de Stahl, etc.

Traité pratique d'auscultation ou exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide, par M. Barth, D. M., agrégé à la Faculté de Paris, etc., et M. Henri Roger (1).

Pour qui veut s'initier aux mystères de l'auscultation, et mettre son oreille crédule ou sceptique au courant de tous les mystères de la découverte de Laennec, ce petit ouvrage est le meilleur guide qui ait encore paru jusqu'à ce jour. Plusieurs de ceux entre les mains desquels il est destiné à tomber ont pu voir les auteurs exposer dans des leçons orales les principes naguère encore si clairs et si simples, aujourd'hui devenus si complexes, de la stéthoscopie. Ce n'est, certes, pas à eux que nous en faisons un crime; ce qu'ils n'eussent pas fait, d'autres le faisaient; car ceux qui veulent réfléchir et peser sont bien vite dépassés par ceux qui inventent, de nos jours surtout, où toute vérité est poussée jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à l'inexplicable, pour ne pas dire l'absurde.

L'ouvrage de MM. Barth et Roger n'est point d'ailleurs une compilation, car qui se borne aujourd'hui à compiler? Ils ont concouru pour leur part à la construction de l'édifice commun. Il faut dire à leur louange que si eux aussi ont ajouté à la multiplication des nuances des sensations, ils ont au moins restreint la nomenclature stéthoscopique, et ce n'est pas une petite vertu de s'abstenir de noms nouveaux, lorsque la génération médicale actuelle, un professeur en tête, va bientôt avoir épuisé tout le dic-

---

(1) Paris, chez Béchet jeune et Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 14.

tionnaire grec de Planche, sans cependant parler la langue qu'Hippocrate a parlée.

Ces prémisses posées, sans aucune idée préconçue contre MM. Barth et Roger, si nous passons à l'examen du livre en lui-même, nous aurons en somme plus d'éloges que de blâme à lui donner. Le seul reproche que nous aurions à lui faire serait d'être trop long, trop minutieux, souvent aussi trop subtil, et par conséquent peu propre à être mis entre les mains des commençans. Mais les auteurs l'ont prévu, et pour répondre à cette objection, ils ont terminé leur ouvrage par un résumé de trente à quarante pages auquel ils conseillent eux-mêmes aux élèves de s'en tenir tant que leurs sens ne seront pas encore bien exercés et leur esprit suffisamment au courant des connaissances pathologiques. Plus tard, ils recourront aux développements, soit pour éclaircir des points douteux, soit pour compléter leurs premières notions. Ces derniers mots, qui sont les expressions propres de MM. Barth et Roger, précisent fort bien la nature et les limites des avantages qu'on pourra retirer de leur travail.

La manière dont ils ont procédé dans l'étude des signes physiques est la suivante : après avoir établi les règles dont la pratique importe à la perception exacte des sensations, ils passent à la description des phénomènes considérés en eux-mêmes, et les poursuivent tour-à-tour dans l'état physiologique et dans l'état pathologique. Alors, étant donné un phénomène morbide particulier, ils l'examinent successivement dans sa synonymie, dans ses caractères, son diagnostic différentiel, son mécanisme, sa signification et enfin dans sa valeur séméiologique. Ainsi, après avoir tracé les caractères d'un râle, ils précisent sa signification pathologique et signalent, non seulement les maladies où ils se rencontrent, mais encore le degré de fréquence du rhonchus, ses formes spéciales dans les affections diverses, son siége favori dans tel ou tel point du thorax, d'après le degré de fréquence des lésions, la nature des altérations anatomiques, et d'après leur siége le plus ordinaire dans telle ou telle région de la poitrine. Rapprochant maintenant la valeur du fait acoustique de l'examen simultané et comparatif des autres phénomènes sensibles, les auteurs sont arrivés à établir certaines lois d'auscultation, basées tantôt sur les données de la statistique, plus souvent sur la connaissance des lois de la pathologie et de l'anatomie morbide : ces lois sont conçues en formules générales faciles à retenir.

Les auteurs se sont quelquefois trouvés conduits à toucher à des questions de physique; mais ils ne s'y sont attachés que d'une manière très secondaire, et ils n'ont point cherché à dépasser la science sur ce point.

Nous ne pouvons cependant pas tout-à-fait les croire, lorsqu'ils nous disent qu'ils ont étudié les faits sans préoccupation de systèmes. Malgré les nombreuses déceptions qu'a éprouvées l'un d'eux dans ses laborieuses, nous dirions presque immenses dissections anatomo-pathologiques, nous le croyons encore trop attaché à des études qui lui ont coûté tant de peine pour avoir déjà secoué le joug d'une direction trop exclusive imprimée à ses travaux. N'est-ce pas une idée un peu préconçue que celle qui est énoncée dans cette phrase : « Quel vague dans la pathologie, tant que l'attention des médecins ne se porta que sur les symptômes fonctionnels? » Mais qu'est-ce que l'école moderne a substitué à ce vague? Demandez-le à l'école anatomo-pathologique ; demandez-le aux discussions de l'Académie sur la fièvre typhoïde ; demandez-le à un hardi professeur, le dernier des médecins physiologistes; demandez-le à tel autre qui ne voit plus aujourd'hui que des emphysèmes là où il y a quatre ans il ne voyait que bronches dilatées; demandez-le encore, si vous voulez, à un nomenclateur déterminé qui est loin, quant à lui, de mériter le reproche d'imposer aux maladies des dénominations uniques, et nous saurons si, comme nos auteurs nous le promettent, on verra les classes pathologiques se former, ensuite les genres, plus tard les espèces, et de ce travail successif de savante décomposition naître l'harmonie et l'unité.

A Dieu ne plaise que nous voulions détourner des études anatomo-pathologiques, ni moins encore de l'auscultation. Il y aurait à le faire ignorance ou mauvaise foi ; loin de là, nous désirons que la percussion et l'auscultation se popularisent de jour en jour davantage; c'est dans ce but que nous recommandons ce traité comme le meilleur interprète de ce point de la science. Nous voudrions aussi que les ouvertures de cadavres fussent plus souvent possibles ; mais nous ne pouvons souffrir que de ces deux moyens auxiliaires on fasse la base de la médecine, que pour les exalter on déverse indistinctement le blâme sur les anciens, dont la séméiotique symptomatologique et fonctionnelle était beaucoup plus avancée que ne l'ont cru les modernes reconstructeurs de la science. Aux élèves et aux jeunes praticiens, nous dirons donc : Étudiez l'anatomie pathologique, la percussion, l'auscultation, mais ne négligez pas non plus les travaux de l'ancienne médecine.

Nous devons ajouter, pour terminer, que l'ouvrage de MM. Barth et Roger ne se borne pas à l'auscultation de la poitrine, mais s'étend à l'auscultation de toutes les parties quelconques du corps où elle peut venir en aide au diagnostic. Quatre-vingts pages sont consacrées à cette partie encore si nouvelle de la séméiotique. Ainsi elle a été appliquée au péritoine, à l'estomac, aux intestins, au foie, à la rate, aux reins, à la vessie, à l'utérus, aux ovaires. L'auscultation de la tête cherche aussi à y trouver domicile et ne désespère pas d'y trouver un petit coin qu'on lui dispute encore. On trouve dans cette

section une note de M. Ménière sur l'application de la stéthoscopie au diagnostic des maladies de l'oreille. L'auscultation commence à prendre aussi quelque valeur pratique pour le diagnostic des maladies des membres. Enfin un long et intéressant appendice est consacré à l'application de cette méthode à la grossesse.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

Sur le traitement de la pneumonie des vieillards par les émissions sanguines et le tartre stibié à haute dose; par J. Mascarel, interne des hôpitaux.

L'auteur cherche, tout en se défendant de cette intention, à donner une esquisse à peu près complète de la pneumonie des vieillards. Bien que l'élément inflammatoire joue un grand rôle dans tout son travail, nous le voyons cependant déposer certaines expressions exagérées qui naguère encore, étaient de mode. Ainsi, l'engouement du poumon n'est pas plus que le ramollissement cérébral une preuve d'inflammation pulmonaire. L'anatomie pathologique dépouillée du droit de juger en dernier ressort et autocratiquement du degré de phlegmasie, il réserve au seul examen des symptômes le droit d'élucider la question.

Les causes de cette aptitude si grande qu'ont les vieillards à être pris et emportés par la pneumonie sont, selon M. Mascarel, d'abord les lésions diverses de l'appareil circulatoire tendant toutes à enrayer la circulation, et ensuite la diminution de la perspiration cutanée qui demande à être suppléée par celle du tégument interne du poumon. Sans nier l'influence de la première cause, nous croyons que la seconde a une action beaucoup plus puissante sur la production des bronchorrhées séniles.

La description symptomatologique de l'auteur n'offre pas de considérations qui ne soient connues de tous les praticiens et qui n'aient d'ailleurs été fidèlement exposées dans le travail récent de MM. Hourmann et Dechambre (*Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards*, *Arch. gén. de Méd.*, 2e série, t. VIII, p. 405). Il est néanmoins quelques points sur lesquels il insiste plus encore que ses devanciers. Tel est l'état du sang. Quelquefois ce liquide présente un caillot adhérent au vase, mais non facile à écraser, sans couenne et sans sérosité; il faut alors s'abstenir de toute émission sanguine ultérieure. Le manque d'expectoration, ce phénomène dont Hippocrate connaissait si bien la gravité, est dû, selon le docteur William Stockes, à la paralysie des plans musculeux qui doublent la muqueuse bronchique (*Arch. gén. de Méd.*, t. x, 2e série, p. 272). M. Mascarel n'est point de cet avis. Pour que l'expectoration puisse s'effectuer, dit-il, il faut qu'une certaine quantité d'air se trouve derrière les mucosités sécrétées. Or, lorsqu'une partie du poumon est hépatisée, le mucus sécrété dans les dernières ramifications bronchiques ne peut être expulsé qu'autant qu'il remonte dans les bronches remplies de fluide élastique; ce transport a lieu non pas par la contraction des muscles de Reissessen, qu'il n'est pas facile de démontrer anatomiquement, et dont la présence n'est pas d'une nécessité absolue pour l'explication du phénomène, mais bien par le peu d'élasticité du tissu pulmonaire, qui existe encore, et surtout par la force incessante de sécrétion, véritable *vis à tergo*. Si celle-ci vient à être diminuée ou suspendue, le poumon se trouvant toujours dans les mêmes conditions pathologiques, l'expectoration n'a plus lieu. Cette explication paraît d'autant plus plausible que c'est alors que la cavité buccale et l'isthme du gosier sont desséchés; c'est alors aussi que la peau devient moite. Ces considérations, ajoute l'auteur, ne sont pas inutiles pour la thérapeutique.

Contre cette affection, le traitement qui a paru le plus convenable à l'auteur est le tartre stibié combiné avec les saignées. Ce n'est toutefois pas sans hésitation qu'on a recours au dernier de ces moyens lorsqu'il s'agit d'une maladie de la vieillesse. Aussi, pour bien préciser son indication, l'auteur essaie-t-il de diviser ses malades en deux classes, chacune comprenant deux groupes. Cette division est fondée sur le plus ou moins de vigueur du sujet et sur la force du pouls.

Quant au tartre stibié, M. Mascarel pense, d'après les faits établis dans la science et d'après ceux qu'il a observés, que ce moyen est très-utile, alors surtout que l'élément inflammatoire n'a pu être arrêté, mais seulement mitigé dans sa marche par l'ouverture de la veine, et que les conditions physiologico-pathologiques contraignent de s'arrêter. Il ajoute avoir vu des pneumonies n'éprouver aucune amélioration sous l'influence de la saignée, et disparaître en quinze à vingt heures après l'administration d'une ou deux potions stibiées. C'est surtout chez les vieillards affaiblis que le tartre stibié a réussi. La tolérance n'est pas indispensable, mais elle est utile. Les effets subséquents de cette médication, dit l'auteur, sont de jeter le malade dans une sorte de prostration momentanée. La voix se casse, la peau devient moite et pâle, sa température s'abaisse, la respiration se ralentit. Le pouls, s'il était faible et dépressible, se relève; il se ralentit, au contraire, lorsque la force et la fréquence étaient exagérées. La sensibilité et la motilité sont diminuées; quelquefois il survient des tremblements dans les membres. A ces symptômes favorables se joint le râle crépitant de retour ou la diminution du râle crépitant de la veille. Parfois il apparaît dans la bouche des plaques rouges, des pustules ou des fausses membranes, avec empâte-

ment, nausées, vomissements même. Cette éruption stibiée ne contre-indique point la continuation du médicament dont on doit seulement diminuer la dose. Le vomissement d'ailleurs ne peut qu'être favorable en combattant ou en prévenant l'engouement des bronches.

L'auteur se loue beaucoup aussi du vésicatoire employé concurremment avec l'émétique, ou seul, lorsque celui-ci ne pouvait être administré ; mais il veut un emplâtre d'une surface au moins égale à celle de l'étendue du mal intérieur.

Il proscrit avec raison les purgatifs violents comme pouvant arrêter l'expectoration. Il proscrit aussi les narcotiques, sauf les cas de toux fatigante. Ils redeviennent utiles au commencement de la convalescence, s'il reste une diarrhée rebelle.

Pour ce qui est du régime, il faut se souvenir, dit-il, que, semblables aux enfants, les vieillards ne supportent pas impunément de longues abstinences.

Les escarres du sacrum et des trochanters, cette complication si souvent fâcheuse, sont maintenant inconnues dans les salles de la Salpêtrière, dites *des gâteuses*, et destinées aux paralytiques. Le doit-on aux dispositions suivantes d'économie ? Les malades sont couchées sur des lits construits en madriers percés à leur centre d'une large ouverture elliptique. De la paille fraîche recouverte d'un drap constitue le matelas. Toute la partie du parquet sous-jacente au plancher du lit est formée par un plan en pierre dure, légèrement excavé à sa surface et présentant vers son centre l'orifice d'un petit conduit destiné à charrier les urines au dehors. Cette pierre est lavée plusieurs fois par jour, au moyen d'un robinet fixé dans la muraille. Les malades qui reposent sur ces lits ne sont pas atteintes d'escarres, tandis que cet accident arrive souvent dans les mêmes lits, lorsqu'ils n'ont pas au-dessous d'eux ces moyens faciles de la vage.

L'auteur termine, avec raison, son mémoire en avouant que la méthode qu'il y recommande pourrait fort bien ne pas convenir une autre année sous l'influence d'une autre constitution médicale. C'est ce qui fait, ajouterons-nous, que les travaux des internes des hôpitaux faits sous l'influence d'une observation d'une année passée dans un service médical ne peuvent avoir, toutes choses égales d'ailleurs, la même autorité que ceux d'un praticien exercé et bien préparé aux surprises de la nature et de la thérapeutique.

Observations pratiques de l'action comparative de quelques préparations de fer, par M. le D. Fuster.

Parmi les innombrables préparations de fer plus souvent éclosées dans l'officine des pharmaciens que sous la plume du praticien, il en est deux qui paraissent aujourd'hui se disputer la prééminence, ce sont les pilules de M. le docteur Blaud et celles de M. Vallet. Pendant six à huit mois, M. Fuster les a soumises au critérium de l'expérimentation clinique qui a été tout à l'avantage des pilules de Vallet. Ce résultat se trouve conforme à ceux obtenus par MM. Piorry et Martin-Solon. L'auteur l'attribue à ce que, d'après la détermination de MM. Planche et Soubeiran, les pilules de Vallet jouissent, par rapport à celles de Blaud, de l'avantage de se conserver sans altération, de représenter des doses constantes du médicament principal, et de faire parvenir dans l'économie du carbonate de protoxyde et non du peroxyde de ce métal.

Mémoires sur les tumeurs enkystées qui se développent au-devant du genou, par M. Fleury fils, de Clermont.

Ces tumeurs ne sont que le développement contre nature de la bourse synoviale sous-cutanée qui se voit au devant de la rotule. Elles ne s'observent que rarement dans les hôpitaux de Paris; mais elles sont très-communes dans le pays habité par l'auteur. On les rencontre surtout chez les personnes que leurs habitudes religieuses ou leur profession forcent de rester long-temps appuyées sur les genoux.

La tumeur, d'abord plus volumineuse et complètement indolente, n'a qu'un accroissement très-lent et qui dure quelquefois plusieurs années. La fluctuation est très-sensible dans le principe ; plus tard elle devient plus obscure. La tumeur est, du reste, implantée sur la rotule arrondie à sa partie libre, assez développée, rétrécie et étranglée à sa base. Elle transmet à l'os, à son ligament inférieur et au tendon des extenseurs de la jambe, les mouvements qu'on lui imprime à elle-même. A mesure qu'elle se développe, les mouvements deviennent moins assurés, les chutes plus fréquentes et portant presque toujours sur les genoux. Après une ou plusieurs chutes, il survient une inflammation ulcérative de la tumeur qui en amène la suppuration. D'autres fois, son ouverture spontanée est suivie du travail heureux d'une oblitération complète. Quelquefois aussi le kyste se rompt à sa base, et le liquide, au lieu de s'échapper à l'extérieur, fuse sous la peau, s'infiltre lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané et va y former une cavité secondaire qui communique avec la principale. Quelle que soit, du reste, la terminaison de la maladie, le pronostic n'en est point grave, et le diagnostic en est facile.

Les applications extérieures ont pu réussir dans le début ; elles échouent presque toujours lorsque la tumeur dure depuis de longues années. Alors, c'est à l'instrument tran-

chant qu'il faut s'adresser. Si la peau est intacte, il suffit d'ouvrir la tumeur, de la vider du liquide qu'elle contient et de la remplir de charpie pour y provoquer une inflammation adhésive, ou bien d'enlever le kyste, soit en entier, soit par lambeaux.

Lorsqu'il s'est fait à la tumeur une ouverture spontanée, il faut exciser les parties trop amincies et abandonner le reste à la suppuration. L'injection peut réussir dans les premières périodes; mais le plus souvent elle échoue ensuite à cause de l'épaisseur trop grande des parois du kyste.

Le procédé opératoire que l'auteur préfère est l'extirpation du kyste par lambeaux. Comme il est très-difficile de l'enlever en totalité, surtout la partie qui est implantée sur la rotule, il place de petits bourdonnets de charpie sous chacun des lambeaux; ceux-ci appliqués par dessus sont maintenus rapprochés par des plumasseaux de charpie que l'on assujétit avec des compresses longuettes. Lorsque la suppuration est bien établie, on réunit la plaie en rapprochant les lambeaux. Mais quel que soit, d'ailleurs, le procédé opératoire employé, nous dit l'auteur avec franchise, la guérison est toujours longue; on ne peut jamais espérer une réunion sans suppuration avec des tissus aussi peu doués de vitalité. La guérison se fait encore bien plus long-temps attendre, lorsque les enveloppes de la tumeur sont tellement amincies qu'on ne peut plus espérer leur recollement; car alors il faut les exciser et attendre que le vide soit comblé par des bourgeons charnus.

Revue des journaux étrangers.

Remarques sur les différents procédés employés pour la cure des chutes de matrice avec quatre observations de guérison par la suture des grandes lèvres par E. Geddings, P. à l'Université de la Caroline du sud.

Nous n'entrerons point dans l'examen des opinions de l'auteur sur la valeur qu'il attribue à chaque procédé. Il nous suffira de dire qu'il donne au bistouri la prééminence sur la cautérisation, et que des différentes manières d'opérer celle-ci, celle qu'il regarde comme supérieure est la cautérisation avec le fer rouge, d'après le procédé de M. Laugier.

M. Geddings a choisi, comme M. Velpeau, parmi les opérations sanglantes, le procédé de Fricke, qui consiste à réunir, après les avivements, les trois quarts postérieurs de l'ouverture vulvaire par la suture enchevillée. Les quatre cas de succès de l'auteur joints aux douze autres rapportés par le chirurgien allemand font quelque autorité en faveur du procédé de leur choix.

Tous les malades de M. Geddings étaient des négresses esclaves, dont trois avaient été mères; la plus âgée avait 35 ans. Celle qui n'avait pas été mère était, en revanche, au rapport de son maître, presque nymphomane. Chez toutes quatre, l'utérus, après avoir entraîné la vessie et retourné le vagin, pendait entre les cuisses; aucune d'elles ne pouvait se livrer à un travail fatigant. Le chirurgien fit l'opération indiquée plus haut, en ayant soin, toutefois, de laisser une voie suffisante pour l'écoulement menstruel; la première opération fut faite le 8 juillet 1839 sur la négresse âgée de 35 ans. En trois semaines la réunion de la suture fut parfaite, bien qu'elle eût suppuré vers l'angle inférieur, et la malade put marcher. En juin 1840, on apprit que la guérison s'était maintenue. La seconde opération faite en janvier 1840, la troisième à la même époque, et la quatrième en avril 1840, ont eu le même succès; mais on n'a point eu depuis de nouvelles des malades de la deuxième et de la troisième observation.

(*The American Journal of medical and surgical sciences.*)

Cas de catalepsie observé chez un garçon de 15 ans, par Isaac Parrish.

Obs. L'observation suivante, quoique longue, intéressera, sans doute, à cause de la rareté de cette affection. J. H., fils d'un sellier, fut témoin du vaste incendie du 5 octobre 1839; cet événement fit sur lui une forte impression; il revint fatigué et mouillé et se mit au lit sans se déshabiller; le lendemain matin, il retourna à son ouvrage quoique mal disposé; il passa plusieurs nuits de suite sans sommeil, et aussitôt qu'il commençait à dormir, la scène du feu se représentait à son imagination et lui faisait pousser des cris de terreur. Survinrent alors de la céphalalgie, un sentiment de constriction à l'épigastre et de brisement des os. Il lui semblait que ses dents étaient molles, que sa chair abandonnait ses os; en même temps sa figure se bouffissait. Tel fut son état de santé pendant plusieurs mois, et dans les intervalles d'amélioration, il restait toujours triste et craintif. Plusieurs traitements furent essayés, et celui qui parut réussir le mieux fut le traitement mercuriel continué jusqu'à salivation. Pendant qu'il était encore soumis à cette médication, il traversa une rivière à la nage pendant qu'il faisait froid, et resta long-temps à l'air, ce qui amena une nouvelle série d'accidents plus violents que le premier. Il restait plongé dans la tristesse la plus profonde des journées entières, la tête penchée sur la poitrine, et refusant à grands cris de travailler, bien qu'il continuât de prendre part à la conversation et aux repas. Le 9 janvier 1840, il

prit le lit, et le lendemain, le médecin le trouva dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, absence de tout mouvement, insensibilité partielle; pupilles largement dilatées, regard fixe et hagard, respiration calme comme tout le reste de l'apparence extérieure; pouls souple, régulier et plus lent qu'à l'état normal; température de la peau naturelle. Lorsqu'après de longs efforts on tirait le malade de cette insensibilité, il éclatait en cris et en gémissements et se plaignait de douleurs à la racine des dents. Œdème à la face et à la partie supérieure du cou.

Pendant les trois premiers jours, le malade put prendre quelques médicaments, et articuler des sons. Il n'y avait pas de contracture bien prononcée, et cependant le malade avait de la peine à sortir la langue de sa bouche; on écartait aisément les mâchoires l'une de l'autre, mais avec douleur, et elles restaient dans la nouvelle position qu'on venait de leur faire, si l'on ne rétablissait pas l'ancienne; la respiration paraissait calme, et néanmoins le malade se plaignait d'une forte oppression; il clignait à l'approche subite d'un objet au devant de lui, bien que la vue fût très troublée; l'ouïe aussi paraissait obtuse, les selles restèrent volontaires; les diurétiques, les purgatifs et les vésicatoires ne produisirent aucun effet.

Au bout de quelques jours tous ces symptômes augmentèrent d'intensité, et le malade finit par prendre de la manière la plus complète l'apparence d'une statue aux pupilles dilatées, aux yeux fixes et aux téguments pâles. Rien ne pouvait plus entrer par la bouche; on appliqua à la nuque un vésicatoire qui amena une légère amélioration; le malade sommeilla un peu, il répondait aux questions quoiqu'avec lenteur, et ne se plaignait de douleurs que vers la racine des dents; mais ce petit progrès s'évanouit en deux ou trois jours.

Le 21 janvier, l'insensibilité devint complète, et une contracture permanente s'empara des muscles de l'extrémité supérieure ainsi que de ceux du cou. Vésicatoire au cuir chevelu, sans effet; cependant les pupilles restaient légèrement sensibles à la lumière; le malade lâchait ses urines, sans qu'il y eût distension de la vessie.

Le 25 et le 26 un peu d'amélioration; le 27 nouvelle rechute. On soulève le bras pour compter le pouls, il reste élevé et faisant un angle ouvert avec le corps; on fléchit l'avant-bras sur le bras, et celui-ci reste toujours dans la même position. Mêmes phénomènes à toutes les articulations des membres thorachiques et abdominaux. Pendant tous ces essais, les traits du malade restaient invariables. Il y eut cependant dans la soirée un intervalle de lucidité pendant lequel le malade mangea beaucoup et causa avec sa garde : il lui dit qu'il reconnaissait bien toutes les personnes qui étaient autour de lui pendant ses attaques, mais qu'il ne pouvait parler. Les 28, 29 et 30, persistance du même état avec quelques courtes intermissions. Pendant les premiers jours de février l'état du malade présenta les mêmes alternatives de paroxysmes cataleptiques et d'intermissions; un nouveau phénomène vint seul les varier; la langue sortait hors de la bouche et se trouvait parfois tellement serrée entre les dents que la partie qui était hors de la bouche prenait une couleur pourpre. On obviait à cet état en fatiguant les muscles des mâchoires pendant une ou deux minutes par de rapides mouvements; après avoir fait rentrer la langue on rapprochait les mâchoires qui restaient alors dans cette position; le malade s'affaiblissait et parlait d'une manière beaucoup plus distincte pendant son sommeil que lorsqu'il avait toute sa connaissance.

Le 21 février, les accès commencèrent à devenir de plus en plus éloignés et moins longs; l'appétit revenait et avec lui les forces et un peu de gaîté. Le traitement qu'on avait suivi empruntait de presque toute la matière médicale et consistait principalement en purgatifs, lavements excitants, révulsifs cutanés et antispasmodiques, l'huile d'ambre et la teinture d'assa-fœtida. Aussitôt qu'il put marcher, on lui fit prendre de l'exercice et on l'occupa selon ses goûts. Au mois de mars, il était complètement rétabli, avait repris ses occupations et ne conservait plus qu'un peu d'œdème à l'une des extrémités inférieures.

(*Ibid.*)

Du diagnostic de la grossesse extrà-utérine; par M. le docteur Flachs.

Heim, dont personne ne conteste le talent d'observation, a donné comme signes pathognomoniques de la grossesse extrà-utérine, des douleurs intermittentes analogues à celles de l'accouchement, apparaissant quelquefois dès la quatrième semaine, l'écoulement par le vagin de mucosités sanguinolentes, une douleur fixe et circonscrite dans un point quelconque du bas-ventre, des cris accentués d'une manière particulière, une modification *suî generis* de l'habitude antérieure et des traits du visage, une rétraction remarquable du nombril. La plupart des auteurs ont copié Heim sans se livrer à de nouvelles recherches. Sans révoquer en doute la véracité de cet observateur, Goeppert a infirmé ses assertions, et a rapporté des cas de grossesse tubaire qui n'ont présenté aucun

des symptômes indiqués ci-dessus. Le docteur Flachs va plus loin, et se demande si ce n'est pas se faire illusion que de supposer que la grossesse extrà-utérine puisse avoir des caractères tranchés, différents de ceux de l'inflammation du bas-ventre qui l'accompagne toujours. Les douleurs hypogastriques et l'écoulement de mucosités sanguinolentes par le vagin se montrent, sous l'influence de causes diverses, dans la grossesse normale; l'altération des traits est commune à toutes les affections un peu intenses du bas-ventre. On ne saurait donc attribuer exclusivement ces caractères à la grossesse extrà-utérine qui ne les présente ni seule ni toujours. A l'appui de son opinion, M. Flachs rapporte l'histoire d'une jeune femme de vingt-quatre ans, bien constituée, et ayant joui jusqu'à l'âge de dix-huit ans d'une santé parfaite; à cette époque, elle éprouva une suppression de règles par suite de froid aux pieds, et fut prise bientôt après d'accidents inflammatoires du côté de la tête, lesquels mirent sa vie en danger. La menstruation se rétablit néanmoins et la santé avec elle. Six ans plus tard, la jeune fille se maria, et au bout de trois mois, la disparition des règles lui fit penser qu'elle était enceinte; quelques semaines s'écoulèrent encore, et, à la suite d'un séjour assez long dans une cave humide et froide, des douleurs aiguës se manifestèrent dans la région utérine, d'où elles s'irradiaient dans tout l'abdomen et jusque dans la poitrine. Du reste, la malade n'éprouvait aucun des accidents qui accompagnent d'ordinaire le commencement de la grossesse, tels que les nausées, les vomissements, etc.; ou du moins ces accidents ne se manifestaient pas dans les intervalles des douleurs. Après avoir obtenu quelque soulagement momentané de l'emploi de remèdes empiriques, elle eut recours à un médecin qui crut reconnaître une entéro-péritonite, et prescrivit successivement la saignée, les sangsues, le calomel, les cataplasmes émollients. Ce traitement produisit encore une amélioration passagère. Enfin M. Flachs fut appelé à son tour le 20 juin 1837, trois mois après l'époque où la jeune femme avait commencé à se croire enceinte. Elle avait l'aspect ordinaire aux personnes affectées d'inflammation du bas-ventre; ses traits n'offraient point le caractère particulier signalé par Heim, elle ne criait pas. Tout l'abdomen était sensible au toucher, cette sensibilité était néanmoins plus marquée dans la région hypogastrique. On sentait au dessus du pubis une tumeur semblable, pour la forme et le volume, à la matrice vers le quatrième mois de la grossesse; cette tumeur était un peu inclinée à gauche. L'ombilic n'était ni saillant ni déprimé. Le vagin était lisse, à la température ordinaire, médiocrement humide. La matrice était haute, le museau de tanche conique, long de trois quarts de pouce, déjeté à droite. L'orifice utérin était fermé et n'admettait pas l'extrémité du doigt. L'examen des parties génitales ne donna lieu à aucun écoulement de sang; il ne s'en était jamais écoulé depuis le commencement de la grossesse. La constipation était opiniâtre, les vomissements fréquents; ces derniers cessèrent, quand l'usage du calomel eut amené des selles copieuses. La langue était sèche, la soif vive, la fièvre intense; sous l'influence du traitement indiqué ci-dessus, tous ces symptômes s'amendèrent, et la malade ne se plaignait plus que d'une grande faiblesse et d'une tension du bas-ventre plutôt incommode que douloureuse, lorsque, le 30 juin, dans la soirée, elle fut prise tout à coup de douleurs déchirantes dans l'abdomen, de faiblesse toujours croissante, de syncopes, de froid aux extrémités; quelques heures plus tard, elle avait cessé de vivre. Le lendemain, à l'autopsie, les parois du bas-ventre présentaient déjà des traces de putréfaction, les intestins adhéraient entre eux dans plusieurs points, ils étaient parsemés d'arborisations, d'ecchymoses, de caillots de sang épanché, et fortement distendus par des gaz. Ils enveloppaient en partie une tumeur sphérique, d'un rouge violacé, qu'on prit d'abord pour l'utérus, mais qui n'était en réalité que l'ovaire gauche, développé au point d'égaler le volume de la matrice au quatrième mois de la grossesse. L'utérus lui-même était un peu plus volumineux que dans l'état habituel, son tissu gorgé de sang, sa surface interne tapissée d'une membrane semblable à la membrane caduque, ramollie par la putréfaction et facile à enlever. La paroi postérieure de l'ovaire offrait une déchirure d'environ trois pouces, par laquelle s'était épanché le sang trouvé dans la cavité abdominale. Il contenait un peu de liquide et un fœtus bien conformé, avec ses membranes et son placenta. Ce dernier était attaché à la paroi postérieure de l'ovaire, à l'endroit même de la déchirure; c'était lui qui avait fourni le sang épanché. L'état du fœtus donnait lieu de croire qu'il était mort d'hémorrhagie.

(*Medizinische zeitung.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 5 octobre.)

Présidence de M. Poncelet.

Sur les connexions des nerfs encéphaliques avec les parties centrales de l'encéphale ; par M. A. BAZIN.

L'auteur tire de ce troisième travail les conséquences suivantes :

Les *nerfs olfactifs* se continuent directement avec les faisceaux nerveux des lobules du même nom, et vont s'épanouir, chez les mammifères, dans la partie antérieure et inférieure des lobes antérieurs et dans les lobes postérieurs. Chez tous les animaux vertébrés, ils sont en connexion 1° avec l'aire criblée et les prolongements, ou avec le plexus grisâtre qui s'étend du chiasma optique au bord antérieur de la protubérance, entre les pédoncules cérébraux ; 2° avec les corps striés ; 3° avec la commissure antérieure et, par conséquent, avec les pédoncules antérieurs.

Les *nerfs optiques* sont en connexion avec le plexus de l'aire criblée par plusieurs faisceaux qui naissent ou sortent de la partie postérieure du chiasma ; ils se continuent avec la base de l'infundibulum, les corps mamillaires et leurs prolongements, ou pédoncules antérieurs de la voûte, avec les pédoncules cérébraux, les tubercules géniculés et quadrijumeaux, avec les couches optiques, les corps striés, et avec les hémisphères cérébraux.

Le *nerf moteur oculaire commun* est en connexion avec l'aire criblée par ses racines internes ; les externes se prolongent en avant dans les pédoncules cérébraux, et en arrière dans ces mêmes pédoncules, au milieu de faisceaux très-mous mêlés à une substance grise et noire, et se rendent, les uns aux tubercules quadrijumeaux, les autres dans les pédoncules cérébelleux.

La *quatrième paire* est en connexion avec les tubercules quadrijumeaux.

La *sixième* peut se suivre dans la queue de la moelle allongée, la protubérance, les pédoncules cérébraux et cérébelleux.

Le *trifacial*, le *facial* et l'*auditif* sont en connexion avec la protubérance, les pédoncules cérébraux et le cervelet.

Le *glosso-pharyngien*, le *pneumo-gastrique* et l'*hypoglosse* se continuent avec les filets du plexus arciforme et pénètrent dans les ganglions olivaires. On peut suivre un faisceau appartenant aux premiers jusque dans la substance grise que traversent les faisceaux qui passent d'un pédoncule cérébral à l'autre ; et les filets que l'on nomme leurs racines ont un ganglion qui leur est commun.

Les nerfs encéphaliques pourraient, d'après leurs principales connexions, être classés en quatre conjugaisons, savoir :

1° La conjugaison des *nerfs olfactifs*, ou de la *première vertèbre*.

2° La conjugaison des *nerfs optiques*, ou de la *deuxième vertèbre*.

3° La conjugaison des *nerfs auditifs*, ou de la *troisième vertèbre*.

4° La conjugaison des *nerfs glosso-pharyngiens* et *pneumo-gastriques*, ou de la *troisième vertèbre*.

La séance du 12 octobre n'a rien offert qui intéressât les sciences médicales.

(Séance du 19.)

M. Flourens fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. CARUS, d'un ouvrage, fruit de trente ans de travaux, et portant pour titre : *Système de Physiologie*. Cet ouvrage, écrit en allemand, se compose de trois volumes in-8°. M. Flourens est chargé d'en rendre un compte verbal.

(Séance du 26 octobre.)

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie. Le nombre des votants est de 45. Au premier tour de scrutin,

M. Lallemand obtient	39 suffrages.
M. Guyon,	4
M. Brodie,	1
M. Dieffenbach,	1

M. Lallemand est déclaré élu.

Sur un nouveau procédé pour l'opération du strabisme. (Extrait d'une note de M. J. GUÉRIN.)

A peine la nouvelle méthode de traiter le strabisme vient-elle de voir le jour, que déjà les procédés opératoires se multiplient autant que les malades. M. Guérin, pour sa part, en est déjà au deuxième de son invention. Voici en quoi consiste ce procédé qui lui paraît éviter tous les inconvénients des précédents.

Le sujet est couché horizontalement et la tête fixée. Les paupières étant maintenues écartées et le globe oculaire attiré en avant et un peu sur le côté, au moyen d'une érigne, il enfonce perpendiculairement dans l'angle interne ou externe de l'œil, suivant le muscle à diviser, et sur le côté de ce dernier, un petit instrument convexe sur le tranchant et doublement coudé sur sa tige. La lame de l'instrument ayant pénétré de toute sa longueur (15 millimètres environ), il la relève horizontalement en la faisant glisser entre le globe oculaire et la face correspondante du muscle. Dans un troisième temps, il présente le tranchant convexe de l'instrument à la face interne du muscle, et divise celui-ci de dedans en dehors, c'est-à-dire du globe oculaire à la paroi de l'orbite. Le globe oculaire étant attiré en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser, produit la tension de ce dernier et facilite l'action de l'instrument tranchant. La section s'annonce par un bruit de craquement, le sentiment d'une résistance vaincue, et par un petit mouvement du globe de l'œil qui cède dans le sens de la traction. L'instrument est retiré par la petite ouverture d'entrée, et il ne reste aucune apparence de plaie extérieure. On peut s'assurer que la section du muscle a été faite complètement par la rotation de l'œil dans le sens opposé, rendue plus étendue et plus facile, et par l'impossibilité de la rotation inverse, ou au moins par une diminution sensible dans l'étendue de ce mouvement.

M. Guérin ajoute qu'il a appliqué deux fois ce procédé avec un plein succès, à la section du droit interne. Le muscle, dit-il, a été divisé complètement en moins d'une minute, sans autre plaie extérieure qu'une simple piqûre de la conjonctive, et avec redressement instantané du globe oculaire.

— M. KUHN annonce qu'il a pu tirer parti de la rétraction qu'éprouve le tissu musculaire sous l'influence d'une chaleur égale ou supérieure à celle de l'eau bouillante, pour obtenir des données relatives au mécanisme des mouvements et à l'origine de certaines difformités du système osseux. Il est parvenu ainsi à reproduire sur le cadavre la plupart des mouvements qui ont lieu sur le vivant, et à déterminer la part que prennent à chacun de ces mouvements les agents musculaires. Il est aussi arrivé, par ce moyen, à confirmer la théorie de M. J. Guérin sur les difformités articulaires du système osseux ; car, au moyen de ces raccourcissements produits par l'action de la chaleur sur certains muscles déterminés, il imitait les variétés du pied bot et d'autres difformités des membres, le strabisme, et même, jusqu'à un certain point, les déviations latérales de l'épine.

VARIÉTÉS.

Prix.

L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen décernera, dans sa séance publique du mois d'août 1841, une médaille d'or de la valeur de 300 fr. au meilleur mémoire inédit ayant pour objet :

1° D'apprécier les résultats que peuvent avoir sur la santé des ouvriers des deux sexes et de tout âge, le tissage des toiles de coton, soit à la main, soit à la mécanique, en s'attachant à faire connaître l'influence particulière des habitations, des usines, des tissus fabriqués, des substances employées, et des divers procédés mécaniques ;

2° De rechercher et de proposer les moyens les plus propres à remédier aux inconvénients qui pourront être signalés dans la première partie du mémoire.

Les mémoires devront être adressés, *francs de port* et dans les formes usitées, avant le 1er juin 1841, terme de rigueur, à M. Gors, secrétaire perpétuel, rue de la Seille, 10.

—

Enseignement.

La séance solennelle de la Faculté de médecine a été ouverte par le discours de M. Jules Cloquet, chargé de faire l'éloge de Richerand, mort dans l'année. Cette lecture a été suivie de la proclamation des prix dans l'ordre suivant :

Prix de l'école pratique.

Premier prix. M. Lhommeau (Armand), d'Angers.
Deuxième (n'a pas été décerné).
Accessit. M. Taviguot (L.-François), de Paris.

Prix Corvisart.

Premier prix partagé entre :
MM. Martin-Neuville (Louis-Adolphe), d'Orbec.
Soins (Auguste), de Douai.
Deuxième. M. Morizot (Hyacinthe), de Gennevrières.

Prix des sages-femmes.

Médaille d'argent : partagé entre :
Mesdames Talmon-Larmée (Barbe), de Neuhengsleh (Bavière); et Velic (Cath.-Léontine), de Bidestroff (Meurthe).
Accessit :
Mesdames Clair, Bosset et Falaize.

Prix Montyon.

M. Royer-Collard a pris la parole pour annoncer qu'aucun des mémoires présentés ne remplit les conditions requises par le programme Montyon, et il conclut, d'avis unanime, d'ailleurs, avec les autres jurés, qu'il n'y a pas lieu à décerner cette année le prix Montyon.

Toutefois la Faculté accorde une mention honorable à M. Morizot (Hyacinthe), déjà nommé, et à MM. Maslieurat et Thorre.

Il rappelle ensuite qu'on ne peut remplir le but du fondateur en étudiant les maladies accidentelles dans un hôpital consacré à des spécialités, ni en étudiant celles qui règnent habituellement. Il faut, dit-il, que les travaux soient dirigés dans un esprit conforme à celui qui règne dans ceux de Tissot, de Sarcone, de Rœderer et Wagler, Rasori, etc.

Tous, ajoute-t-il, médecins et non médecins, sont également admis à ce concours, voire même nos braves chirurgiens militaires, destinés peut-être à parcourir encore une fois l'Europe entière. Cette sortie inattendue a été couverte d'applaudissements qui ont paru contrarier l'orateur.

Le prix Montyon n'ayant pas été décerné cette année, il sera double, c'est-à-dire de 800 francs l'année prochaine.

Prix Corvisart de 1841.

La Faculté propose pour l'année prochaine le sujet suivant :

« Déterminer, par des faits observés dans une clinique de la Faculté (du 1er novembre au 1er août), les effets du mercure dans les différentes maladies, la syphilis exceptée. »

Les mémoires devront être présentés avant le 1er août.

—

Hôpitaux.

Le concours pour l'internat est depuis longtemps ouvert. Le jury se compose de MM. Bonneau, Baudelocque, Nathalis Guillot, Jobert, Beau, Cullerier, Auvity et Thévenot de Saint-Blaise.

— Par arrêté du conseil général des hospices, en date du 4 novembre courant, M. Edouard Séguin, directeur de l'Institut d'éducation des enfants idiots, muets par imbécillité, etc., rue Pigale, 6, à Paris, est attaché aux hospices de la rue de Sèvres et du faubourg Saint-Martin en qualité d'instituteur des jeunes idiots.

— M. le professeur Dubois a prié M. le docteur Donné d'examiner quelques échantillons du lait destiné à l'alimentation de ses malades. Voici à quel résultat a conduit l'analyse :

1° Ce lait n'est pas acide, il ramène même lé-

gèrement au bleu le papier préalablement rougi; il est donc, sous ce rapport, à peu près dans les conditions du lait de vache ordinaire.

2° Par le repos, il ne forme à sa surface qu'une couche extrêmement mince de crème.

3° Il présente à l'inspection microscopique un grand nombre de ses globules réunis et agglomérés par petits paquets.

4° Il ne pèse au lactomètre que 2°, 5/10 au lieu de 5°, comme le lait ordinaire des laitières du coin des rues.

De ces divers caractères on doit conclure :

1° Que le lait de la clinique a été fortement écrémé.

2° Qu'il a subi au moins une et probablement plusieurs ébullitions, ce qui le rend d'une digestion beaucoup moins facile.

3° Qu'il est étendu d'une certaine quantité d'eau que l'on peut bien estimer à un tiers.

—

Médecine militaire.

Les officiers de santé employés en Algérie, ayant été empêchés par les exigences du service de prendre part au dernier concours pour les emplois de médecin-adjoint, un concours supplémentaire pour ces emplois s'ouvrira pour eux le 21 décembre à l'hôpital de perfectionnement.

M. le maréchal gouverner de l'Algérie leur fera délivrer des congés à cet effet.

Les officiers de santé militaire, employés dans l'intérieur, qui désireraient participer à ce concours, sont autorisés à adresser sur-le-champ une demande directe de candidature à MM. les membres du conseil de santé des armées.

Aux termes de l'article 43 de l'ordonnance du 12 août 1836, modifié par celle du 6 février 1839, nul ne peut être admis à concourir pour les emplois de chirurgien-adjoint, s'il n'a servi dans le grade de chirurgien aide-major ou pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine.

—

Miscellanea.

MM. les chimistes poussent peut-être l'enthousiasme de la science un peu au delà des bornes. Un journal de Bordeaux nous apprend que trois savants experts de cette ville, chargés d'analyser les restes d'un homme mort par empoisonnement, ont retiré des parois de l'estomac de l'arsenic à l'état métallique avec lequel ils ont écrit le mot *arsenic* en gros caractères sur une grande assiette en porcelaine. (*Presse.*)

— Il y a quelque temps, un médecin de Troyes, créancier d'un failli, demandait, devant le tribunal de commerce de cette ville, à se prévaloir, dans le réglement de sa créance, du privilége qu'accorde l'article 2,101 du Code civil aux frais quelconques de la dernière maladie. Le tribunal déclara, dès l'appel de la cause, n'être pas obligé d'entendre la plaidoirie d'un avocat, amené à l'audience par le docteur, et qui voulait établir le point de droit sur lequel était appuyée la demande. Jugement rendu aussitôt, et écrit à l'avance, en a prononcé le rejet, avec condamnation aux frais, fondé sur la prétention qu'un accouchement n'est pas une maladie, et qu'en outre il n'y a de dernière maladie que celle qui est suivie de la mort.

(*Gazette médicale.*)

— Un monsieur de Sauveterre ayant eu des discussions avec un médecin du pays, prit, pour se venger, un moyen bien étrange et bien coupable. Il vint à Bordeaux et embaucha à prix d'argent deux ou trois misérables pour assommer son adversaire. Ceux-ci se rendirent à Sauveterre et se présentèrent un soir chez le médecin en lui disant qu'une femme en mal d'enfant réclamait son secours. Le médecin partit. Les modernes *bravi* avaient sans doute choisi d'avance un endroit écarté et commode, et lorsqu'ils y furent arrivés ils accomplirent leur tâche, et laissèrent le médecin grièvement blessé sur le terrain. Le monsieur et ses dignes instruments viennent d'être arrêtés.

M. Arrault ferait bien de tasser un peu plus les cinquante-quatre médicaments et instruments de ses nouvelles pharmacies portatives, pour qu'on pût y caser une paire de pistolets.

Toxicologie.

Expériences sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux et par le tartre stibié, faites à l'amphithéâtre de l'école de médecine, par M. Orfila.

Il y a un an que la *Gazette médicale* signalait l'heureuse révolution qui venait d'être effectuée en toxicologie par les belles recherches de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux. L'ingénieux procédé à l'aide duquel cet habile expérimentateur était parvenu à déceler les plus petites parcelles d'arsenic introduites dans l'économie, permettait en effet d'entrevoir une ère nouvelle pour cette branche importante de la médecine légale, par les applications ultérieures qu'on en pourrait faire aux autres poisons. Quant à ce qui était de la question de l'empoisonnement par l'arsenic, elle put dès lors être considérée comme résolue à fond. L'expérience est venue depuis confirmer toutes ces prévisions. L'application juridique des nouveaux procédés analytiques a constamment été couronnée de succès. Cependant des doutes ont été soulevés depuis, des objections ont été faites ou se sont présentées d'elles-mêmes, qui, dans une matière aussi grave, étaient de nature à ébranler une conviction qu'il était si nécessaire de maintenir pleine et entière. Quelque peu fondés que fussent ces doutes, quelque spécieuses que fussent ces objections, il était de la plus haute importance de ne leur laisser aucun aliment. Et l'on ne doit point se le dissimuler, quelques-unes de ces objections pouvaient paraître graves au premier abord. Il faut en effet pénétrer jusqu'au cœur de la question pour se faire une idée de la complexité d'un tel problème, et des difficultés dont sa solution est entourée; qu'on en juge par l'énoncé des conditions suivantes, qui ont fait l'objet d'autant d'objections et qu'il a fallu éliminer une à une afin d'isoler complètement le résultat définitif de tout ce qui pouvait l'obscurcir ou le déguiser. Les substances à l'aide desquelles on obtient l'incinération ou la décomposition des matières animales présumées arsenicales contiennent elles-mêmes de l'arsenic en proportions variables; tels sont l'acide sulfurique, la potasse à l'alcool et l'acide nitrique. L'appareil de Marsh, dont on se sert pour ces expériences, fonctionne à l'aide de substances qui peuvent également contenir de l'arsenic; le zinc, l'acide sulfurique, le nitrate de potasse. La présence d'une certaine quantité d'arsenic normal dans quelques-uns des tissus de l'homme est devenue un fait constaté. La putréfaction des matières animales, a-t-on dit, favorise la formation de

l'arsenic. Les terres de certains cimetières contenant de l'arsenic ne transmettraient-elles pas ce métal au cadavre qu'elles entourent; et cette substance ne cheminerait-elle pas par voie d'imbibition jusque dans les viscères? Enfin est-il toujours possible de distinguer les taches arsenicales fournies par l'appareil de Marsh, d'avec d'autres taches que l'on peut obtenir également par cet appareil, telles que les taches de soufre, de fer, d'antimoine, de phosphore? La plupart de ces difficultés avaient déjà été abordées par M. Orfila, et les objections dont elles étaient l'objet combattues avec avantage. Néanmoins, afin de ne laisser aucun doute et d'ôter tout prétexte, tant aux objections déjà faites qu'à toutes celles qu'il était possible de prévoir, M. Orfila a cru devoir répéter publiquement les expériences qui l'avaient conduit aux conclusions énoncées dans ses divers mémoires sur la matière. Ces expériences ont eu un double objet, 1° de démontrer l'infaillibilité de l'analyse par l'appareil de Marsh, et de mettre dans tout leur jour les éléments si nombreux et si complexes de la question chimico-légale; 2° d'éclairer par des épreuves comparatives la question de thérapeutique, notamment celle du traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Voici le programme de ces expériences tel qu'il a été présenté par M. Orfila à l'ouverture des séances. Ce professeur s'est proposé de prouver :

1° Que l'acide arsénieux et le tartre stibié, introduits dans le canal digestif, ou placés sur le tissu cellulaire sous-cutané, sont absorbés, mêlés au sang, et portés dans tous les organes de l'économie animale ;

2° Qu'ils séjournent pendant un certain temps dans les viscères et dans les muscles, où leur présence est démontrée; mais que, dès les premières heures de l'empoisonnement, une partie de la portion absorbée abandonne ces tissus et est éliminée par l'urine;

3° Que cette élimination, beaucoup plus rapide pour le tartre stibié que pour l'acide arsénieux, continue d'avoir lieu pendant plusieurs jours, et jusqu'à ce que les tissus indiqués soient complètement débarrassés de ces poisons;

4° Qu'il est dès lors avantageux et même indispensable, dans le traitement de l'empoisonnement par ces substances vénéneuses, de favoriser la secrétion de l'urine;

5° Qu'il est possible, dans la plupart des cas, de distinguer si l'acide arsénieux et le tartre stibié que l'on retire des viscères d'un cadavre ont été absorbés pendant la vie, ou bien s'ils sont arrivés dans ces viscères par suite d'une imbibition cadavérique et par conséquent après la mort ;

6° Que les procédés les plus propres à déceler les petites quantités de ces poisons absorbés consistent à détruire la majeure partie ou la totalité des matières organiques, en les carbonisant par l'acide azotique concentré, ou en les décomposant par l'azotate de potasse, et à introduire les produits dans l'appareil de Marsh modifié;

7° Qu'il est toujours aisé de distinguer l'arsenic de l'antimoine sous forme de taches et de s'assurer que ces taches ne proviennent ni de l'appareil ni des agents chimiques dont on s'est servi ;

8° Qu'il existe dans les os de l'homme et de plusieurs animaux un composé arsenical insoluble dans l'eau ;

9° Que l'on peut extraire de la chair musculaire de l'homme une matière que M. Orfila croit formée d'une très-minime proportion d'arsenic, de soufre et d'une substance organique;

10° Que l'on trouve dans les terrains de certains cimetières des quantités infiniment petites d'arsenic que l'eau bouillante ne dissout point;

11° Enfin, que l'on peut aisément, dans un cas de médecine légale, éviter les erreurs que semblerait, au premier abord, devoir faire naître la présence de l'arsenic dans les os, dans les muscles et dans les terrains de certains cimetières.

Nous ne reproduirons pas tout au long le détail des expériences faites en vue de démontrer la vérité de chacune de ces propositions. On en peut lire le détail exact fait d'après les procès-verbaux de la commission, dans la *Gazette des Tribunaux*, numéros des 31 octobre et 2 novembre. Nous nous bornerons à les grouper de manière à ce qu'on en puisse saisir le résultat général, et reconnaître la légitimité des conclusions. Nous aurons le soin, pour éviter toute confusion, de scinder en deux catégories distinctes les expériences qui ont trait au point chimico-légal, et celles qui ont pour objet la question thérapeutique.

M. Orfila s'est préalablement attaché à démontrer la délicatesse, la précision et l'infaillibilité de l'appareil de Marsh, à indiquer les moyens de s'assurer de la pureté des réactifs dont on se sert dans cet appareil, et à reconnaître les caractères différentiels des taches qu'il fournit. Il est bon de rappeler en peu de mots quels sont les réactifs qui entrent dans l'appareil de Marsh. L'eau, le zinc et l'acide sulfurique, tels sont les éléments de cet appareil. Quant au procédé en usage pour déceler la présence de l'arsenic dans les tissus animaux, il consiste à introduire dans l'appareil de Marsh les produits de la carbonisation de ces matières. Cette carbonisation s'obtient en traitant les matières organiques par l'acide nitrique, ou bien en les décomposant par le nitrate de potasse, ou la potasse à l'alcool, lorsque la carbonisation par l'acide nitrique est rendue tout-à-fait impossible à cause de l'état de saponification dans lequel se trouvent les tissus des cadavres inhumés depuis long-temps. Il était donc urgent, avant de procéder aux épreuves comparatives, de s'assurer de la pureté de chacun de ces réactifs, ou du moins d'acquérir la conviction qu'aucun d'eux ne livrait à la flamme de l'appareil la moindre trace d'arsenic; c'est ce qui a été fait, soit en éprouvant chacune de ces substances isolément, soit en traitant, par chacune d'elles, des organes à l'état normal, soumis ensuite à l'appareil de Marsh.

Notons comme une circonstance importante que chaque expérience a été suivie d'une contre-épreuve; de sorte qu'après s'être assuré que les réactifs et les organes normaux traités par ces mêmes réactifs ne fournissaient aucune tache arsenicale, on en obtenait constamment en mêlant à ces substances ou en ajoutant à l'appareil de Marsh une quantité, si minime qu'elle fût, d'acide arsénieux. A chaque analyse, l'appareil était préalablement essayé pour s'assurer qu'il ne fournissait aucune tache. Avant de procéder aux expériences sur les animaux vivants, il restait encore à constater les caractères différentiels des taches arsenicales d'avec d'autres taches que peut également fournir l'appareil de Marsh et qui auraient avec les premières quelques points de ressemblance propres à entraîner la confusion. Les seules taches qui soient dans ce cas sont celles qui proviennent du soufre, du fer, du phosphore et du tartre stibié. Outre les caractères directs des taches arsenicales, d'un brun violacé, miroitantes, très-volatilisables, disparaissant par l'acide nitrique et transformées en rouge brique par le nitrate d'argent, il est très-aisé de les distinguer de chacune des autres soit par la couleur et l'aspect différent qu'elles offrent, soit par l'action de leurs réactifs propres; ainsi que les taches de soufre, d'un jaune serin,

ne sont point attaquées par l'acide nitrique; les taches de fer, quelquefois brillantes, le plus souvent ternes, toujours fixes, sont transformées par l'acide chlorhydrique en un chlorure de fer appréciable par les réactifs de ce métal. Les taches de phosphore rougissent légèrement le papier tournesol. Enfin les taches d'antimoine, qu'il serait plus facile de confondre au premier abord avec les taches arsenicales, s'en distinguent néanmoins par un caractère tranché qui est la plus grande fixité de la tache antimoniale, laquelle ne se volatilise que beaucoup plus lentement à la flamme de l'hydrogène et n'est point dissoute par l'eau bouillante après avoir été traitée par l'acide nitrique, ainsi que se comporte l'arsenic.

Ces épreuves faites, M. Orfila a procédé aux expériences d'intoxication. Il était évident qu'après de telles précautions, et après des épreuves préliminaires aussi rigoureuses, il ne pouvait rester dans l'esprit des spectateurs aucun doute sur la valeur des résultats qu'allait produire l'appareil de Marsh.

Voici en résumé en quoi ont consisté ces expériences, dont quelques-unes ont déjà été reproduites dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*.

Les viscères d'un chien mis à mort par pendaison, desséchés, carbonisés par l'acide nitrique, traités par l'eau bouillante, et puis soumis à l'appareil de Marsch, n'ont produit aucune tache arsenicale.

Une portion de foie d'un chien dans l'estomac duquel on avait ingéré douze grammes de solution aqueuse d'acide arsénieux, œsophage et verge liés, a fourni à l'appareil un grand nombre de taches arsenicales.

L'urine du premier chien carbonisée par l'acide nitrique n'a donné aucune tache d'arsenic. L'urine du second chien en a donné un grand nombre.

Un foie d'homme est décomposé par le nitrate de potasse; le résidu traité par l'acide sulfurique et introduit dans l'appareil de Marsh ne donne lieu à aucune tache arsenicale.

Le foie d'un chien empoisonné, traité de la même manière, donne de nombreuses taches arsenicales.

Un chien est empoisonné par l'application de l'acide arsénieux solide sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse. La verge avait été liée. A défaut d'urine on pend la vessie que l'on lave avec de l'eau distillée. Ce liquide versé dans l'appareil de Marsh donne lieu à plusieurs petites taches arsenicales.

D'autres chiens ont été empoisonnés par le tartre stibié, soit en ingestion dans l'estomac avec la précaution de lier l'œsophage et la verge, soit par l'application sous le derme. Chez l'un de ces chiens, l'urine recueillie le jour même de l'empoisonnement n'a point fourni de taches antimoniales. Chez un autre empoisonné de la veille, l'urine a donné une grande quantité de taches antimoniales; on a également retiré de nombreuses et larges taches antimoniales du foie du même animal.

On voit jusque-là avec quelle précision, quelle rigoureuse exactitude, on peut, à l'aide de l'appareil de Marsh, déceler la plus petite portion de substance toxique mêlée ou combinée avec de la matière animale. La constance de résultat pareils, toujours prévus, ne doit plus laisser subsister le moindre doute à cet égard. Si la question en était réduite à ces termes, elle serait on ne peut pas plus simple, l'on serait bien surpris qu'elle eût pu prêter à la plus légère contestation; mais elle comprend bien d'autres éléments qui en font une des questions les plus ardues, les plus délicates de la chimie légale. Sans contredit, il n'est pas douteux, après les épreuves que l'on vient de voir, qu'une portion animale donnée, soumise à l'analyse, contient de l'arsenic; mais quelle est l'origine de cet arsenic? C'est là le dernier terme de la question, et l'un des plus délicats, quand on sait que nos tissus contiennent une certaine quantité d'arsenic normal, que de l'arsenic existe dans les terrains de certains cimetières, qu'on en a trouvé récemment dans le péroxyde de fer, considéré jusqu'à présent comme antidote de cette substance. On pressent de quelle importance il était de résoudre des questions aussi graves et de détruire jusqu'à la dernière des objections qui, n'ayant d'autres bases que ces faits, seraient aujourd'hui sans valeur. C'est avec un remarquable esprit d'analyse que M. Orfila a abordé chacune de ces questions délicates, qu'il a successivement résolues, soit par le raisonnement, soit par de nouvelles expériences; qu'il nous suffise d'en donner quelques exemples.

La première de ces questions subsidiaires, qu'il était important de résoudre, est celle de la pétulance de l'arsenic normal dans nos tissus. On sait déjà, par des expériences précédentes, qu'on n'a constaté la présence de l'arsenic que dans les os et la chair musculaire. L'arsenic contenu dans les os y est à l'état d'arséniate de chaux insoluble dans l'eau bouillante, ce qui suffit déjà pour le caractériser. De la chair musculaire d'un cadavre a été carbonisée par l'acide nitrique, puis dissoute dans l'eau bouillante; le décoctum soumis à l'appareil de Marsh a donné des taches d'un blanc opaque, ayant quelques-uns des caractères des taches arsenicales, mais se comportant avec les réactifs d'une manière fort différente des taches arsenicales pures, de telle sorte que la confusion n'est pas possible. Ces taches ne sont autre chose qu'un mélange d'une très-petite proportion d'arsenic et de matière animale.

La putréfaction, avait-on dit, décèle la présence de l'arsenic normal dans les viscères qui n'en fournissent pas aux réactifs, alors que la mort est récente. D'après les instructions de M. Orfila, un foie humain normal a été abandonné pendant plusieurs jours à la putréfaction, puis desséché, carbonisé par l'acide nitrique et dissous dans l'eau bouillante. Le produit soumis à l'appareil n'a donné aucune tache arsenicale.

Quant à l'arsenic des terrains de cimetière, pour qu'il s'introduise dans les tissus cadavériques et en puisse imposer pour un empoisonnement, il faudrait admettre deux conditions qui n'existent pas: 1° que l'arsenic contenu dans ces terrains fût soluble; 2° que l'imbibition cadavérique fût apte à transmettre l'arsenic dissous jusque dans les viscères les plus profonds. Une expérience a dû être faite pour démontrer les limites de l'imbibition. Douze grains d'acide arsénieux en dissolution dans quatre onces d'eau furent injectés dans l'estomac d'une femme morte depuis deux jours. Le cadavre, placé dans une position horizontale, resta deux jours dans cette attitude; après quoi on constata, au moyen de l'appareil de Marsh, que la tranche du foie le plus immédiatement en rapport avec l'estomac contenait seule une très-petite proportion d'acide arsénieux.

Nous n'insisterons pas sur d'autres épreuves et d'autres arguments ayant pour objet de lever une à une toutes les difficultés de cet important problème. Nous croyons en avoir dit assez pour faire voir combien sont légitimes et rigoureuses les conclusions qui se déduisent des savantes recherches et des belles expériences de M. Orfila.

Il nous reste à dire un mot sur l'état de la question thérapeutique et sur les expériences faites en vue d'éclairer la question sous ce nou-

veau point de vue. Ici, nous l'avouerons, la certitude nous abandonne pour nous livrer aux hésitations, aux tâtonnements et aux fréquents mécomptes de l'expérimentation appliquée aux questions de cette nature. Les problèmes thérapeutiques ont cela de désespérant, que l'analyse logique la plus sévère et la plus rigoureuse suffit à peine pour en saisir tous les éléments, et qu'elle est presque impuissante à suivre dans leur extrême mobilité et leurs variations infinies les modes de réaction réciproque des phénomènes organiques et des phénomènes vitaux, différente en cela de l'analyse chimique qui, s'exerçant sur des éléments fixes et invariables, donne des résultats certains et toujours identiques.

La question thérapeutique n'a été envisagée par M. Orfila que sous un point de vue seulement. Laissant de côté ce qui est relatif à l'action spéciale du poison absorbé sur l'organisme, ainsi que la question des neutralisants ou antidotes, il s'est proposé uniquement de démontrer, 1° que la ligature pratiquée sur l'œsophage des chiens comme opération préalable aux expériences d'empoisonnement n'amène qu'un trouble momentané et peu considérable dans les fonctions de l'animal, et qu'elle ne peut par conséquent altérer que d'une manière bien peu sensible les résultats de l'expérience; 2° que l'expulsion du poison par les vomissements est, sans contredit, le moyen le plus efficace de prévenir les effets de l'intoxication; 3° que le poison absorbé est en partie éliminé par les urines, et que la saignée pratiquée après cette absorption dégage l'économie d'une portion du poison ; 4° enfin, que la saignée, si elle n'est pas un moyen efficace de traitement, n'a pas du moins les dangers qu'on lui a gratuitement attribués. A cet effet, M. Orfila a institué les expériences suivantes :

On a pratiqué sur plusieurs chiens la ligature de l'œsophage ; cette ligature a été enlevée vingt-quatre ou trente heures après. Le surlendemain ces animaux ont été présentés parfaitement bien portants. Sur un certain nombre de chiens empoisonnés par une dose égale d'acide arsénieux en dissolution, cinquante centigrammes environ, les uns ont été abandonnés à eux-mêmes, à d'autres on a pratiqué des injections d'eau tiède pour favoriser les vomissements ; on a lié à quelques-uns l'œsophage seulement, et à d'autres l'œsophage et la verge. Les chiens qui ont pu vomir quelques minutes après l'ingestion du poison, et notamment ceux auxquels on a injecté de l'eau tiède dans l'estomac, ont tous guéri. Les chiens qui n'ont pas vomi dans les premières minutes qui ont suivi l'empoisonnement, ceux dont l'œsophage a été lié, et ceux auxquels on a lié à la fois l'œsophage et la verge ont succombé. D'autres chiens qui n'ont pas vomi, et chez lesquels, par conséquent, l'absorption du poison a eu lieu, mais qui ont abondamment uriné peu de temps après, ont guéri. En un mot le poison a été constamment mortel lorsque les chiens n'ont pu ni vomir ni uriner ; il a été le plus souvent innocent lorsque les vomissements et les urines ont eu leur libre cours.

Deux chiens ont été saignés quelque temps après avoir pris une dose considérable d'arsenic; ils ont guéri tous deux.

Il va sans dire que l'urine contenue dans la vessie des chiens auxquels on a lié la verge, celle qui a été expulsée et qu'on a pu recueillir, ainsi que le sang provenant de la saignée, contenaient de l'arsenic, comme on a pu s'en assurer par l'appareil de Marsh.

Nous regrettons que ces expériences n'aient pas été poussées plus loin, et faites sur une plus grande échelle, car on ne saurait se dissimuler qu'elles laissent encore bien des points indécis, en dehors de leur champ d'action. Elles demeureront toutefois comme des documents précieux pour éclairer ultérieurement la question. Préoccupé de la question chimico-légale sur laquelle il a projeté par ses recherches une si vive lumière, M. Orfila, on le conçoit, ne pouvait encore porter un examen suffisamment approfondi sur la question thérapeutique, qu'il n'a traitée dans ces séances qu'incidemment et sous un petit nombre seulement des points de vue de cette question.

Nous désirerions vivement voir diriger l'incessante activité et le judicieux esprit d'investigation de M. le doyen vers la solution de ce second problème qui ne le cède pas en intérêt et en importance au premier.

En résumé, pour tous ceux qui ont assisté, comme nous, aux dernières expériences de M. Orfila, il reste parfaitement établi que la question chimico-légale de l'empoisonnement par l'arsenic est une question jugée et complètement résolue. La série d'expériences qui ont servi à mettre en lumière tous ces faits, et les propositions qui en ont été déduites, constituent le point de départ d'une doctrine chimico-légale nouvelle destinée sans aucun doute à changer entièrement la face de la toxicologie. Les heureuses applications que M. Orfila en a déjà faites lui-même aux préparations antimoniales et aux sels de cuivre contribueront également à établir cette doctrine d'une manière définitive dans la science.

H. B.

(*Gazette médicale.*)

Faculté de médecine.

Rapport sur le concours ouvert en 1840 à la Faculté de médecine de Paris, pour le prix fondé par M. le baron Montyon, lu à la séance publique du 3 novembre, par M. Hippolyte Royer-Collard.

Messieurs,

M. le baron de Montyon a fondé un prix de 400 fr. qui doit être décerné chaque année, s'il y a lieu, par la Faculté de médecine de Paris, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies qui ont dominé pendant le cours de l'année précédente.

Déjà, plusieurs fois, la Faculté a eu l'occasion d'adjuger ce prix à divers ouvrages remarquables, parmi lesquels il est juste de citer, comme digne des plus grands éloges, celui qui a été couronné, il y a un an, dans cette enceinte, et dont l'auteur, M. Voillemier, a retracé l'histoire d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait régné dans les salles de la Clinique d'accouchements.

Trois mémoires ont été envoyés, en 1840, au secrétariat de la Faculté.

L'un, inscrit sous le n° 1, est intitulé : *Histoire des constitutions érysipélateuses qui ont régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques, pendant les années* 1838, 1839 *et* 1840. L'auteur est M. Maslieurat-Lagémard, élève interne des hôpitaux de Paris.

L'érysipèle est une maladie fréquente dans tous les temps et dans tous les lieux, soit qu'elle se manifeste primitivement dans une partie quelconque du corps, soit qu'elle survienne à la suite d'une contusion, d'une plaie, d'un ulcère, d'une

opération chirurgicale. M. Maslieurat pose en fait que cette affection peut, dans quelques cas, revêtir une forme particulière, et, pour ainsi dire, anomale, devenir épidémique et même contagieuse, de telle sorte, dit-il, « qu'elle acquiert alors un degré d'intensité qui tend à la faire méconnaître. » Suivant lui, ces caractères se sont montrés d'une manière évidente dans un certain nombre d'érysipèles, qui ont été observés à l'hôpital des cliniques pendant les années 1838, 1839 et 1840, particulièrement au renouvellement de chaque printemps. Parmi les causes qui amèneraient ces érysipèles, et notamment les érysipèles traumatiques, la plus marquée, selon M. Maslieurat, serait l'influence de la saison, et les vicissitudes atmosphériques plus ou moins brusques qu'elle présente. L'influence de la localité serait beaucoup moindre qu'on ne l'a supposé. Les autres circonstances hygiéniques, telles que les émanations insalubres, résultant surtout de l'encombrement des malades, ou bien encore, les écarts de régime auxquels ils ont été soumis, seraient aussi des conditions favorables au développement de la maladie décrite par l'auteur. La nature de l'érysipèle a varié, selon le siége du mal, tantôt dans le réseau capillaire de la peau, tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou bien même le système capillaire veineux Dans la description de la maladie, M. Maslieurat indique ses diverses phases, ses symptômes et leurs variations, ses différents modes de terminaison. Il traite du pronostic, plus ou moins grave, selon que l'érysipèle complique des affections plus ou moins graves elles-mêmes. Enfin, il passe à l'étude du traitement, qu'il divise en préventif et en curatif. Le traitement préventif ne peut être fondé en raison que sur la solution d'une question préalable : dans l'érysipèle traumatique, est-ce l'état particulier de la plaie qui donne lieu à l'érysipèle? ou bien, est-ce l'état général de l'organisme qui produit à la fois l'érysipèle et l'état particulier de la plaie? M. Maslieurat penche pour cette derniere opinion; toutefois, il avoue que la question est difficile à décider. Divers moyens ont paru réussir dans divers cas. La même observation doit être faite à l'occasion du traitement qu'il appelle curatif. Les effets thérapeutiques ont aussi varié selon les cas. Aussi M. Maslieurat conseille-t-il quelquefois un traitement local, quelquefois un traitement général, le plus souvent tous les deux ensemble. Il rejette l'emploi des onctions mercurielles, comme étant très fréquemment nuisibles, et tout au moins inutiles; et, s'attachant principalement à la médication des symptômes, il insiste particulièrement sur l'usage des purgatifs, qui lui a paru offrir les résultats les plus avantageux.

Ce mémoire peut être décomposé en deux parties bien distinctes. L'une, purement pratique, contient les observations que l'auteur a recueillies; ces observations ont été prises avec un soin et une exactitude qui attestent son instruction solide, et le profit qu'il a su tirer de son séjour dans les cliniques. On reconnaît dans cette portion du travail de M. Maslieurat l'un des élèves les plus distingués des hôpitaux, qui a paru avec éclat dans tous ses concours, et a mérité plusieurs fois d'y être couronné. L'autre partie du mémoire, qui en est la plus étendue, présente, dans son ensemble, les idées qui sont propres à l'auteur, les vues particulières ou générales qu'il a déduites de ses observations. C'est au moyen de cette interprétation des faits qu'il est arrivé à rentrer dans les conditions du concours pour le prix fondé par M. de Montyon. Si l'on n'admettait pas, en effet, après une lecture attentive de son œuvre, que les érysipèles dont il a tracé l'histoire portent véritablement le caractère d'une constitution épidémique franchement dessinée, il s'ensuivrait nécessairement que cette œuvre ne remplit pas l'objet qu'elle s'est proposé. Or, sans décider aucunement la question, on peut objecter à M. Maslieurat que plusieurs des faits qu'il a cités n'ont pas, sous ce rapport, une égale valeur; que lui-même le reconnaît implicitement et comme malgré lui, lorsqu'il admet tantôt des causes internes, tantôt des causes externes, ici un état général de l'organisme, là un état local de la plaie qui détermine l'érysipèle, dans tel cas un mode de traitement, et dans tel cas un autre. On peut mettre fortement en doute la propriété contagieuse qu'il attribue, sans en fournir des preuves suffisantes, à certains érysipèles dont il rend compte. De telle sorte qu'en retranchant de son travail tout ce qu'il renferme d'hypothétique ou d'imparfaitement démontré relativement à la doctrine générale qu'il a voulu établir, ce travail, distingué sous tant de rapports, n'a plus, si on le considère en vue du programme du concours actuel, toute l'importance qu'il devait avoir.

Une autre difficulté s'élève encore contre M. Maslieurat-Lagémard. Son mémoire avait déjà été envoyé au concours pour le prix de l'année dernière. Quelques observations nouvelles, accompagnées de développements plus étendus, y ont été ajoutées cette année; quatre seulement portent la date de 1840; plusieurs autres n'indiquent aucune date précise, ce qui porte à croire qu'elles sont antérieures à l'année actuelle, et, par conséquent, que les observations ajoutées au mémoire de l'an dernier ne lui ont pu donner assez de nouveauté pour le distinguer du premier mémoire déjà reçu par la Faculté. Aucun cas particulier n'est rapporté, d'ailleurs, à l'année 1839; or, aux termes du programme, les maladies dont il est traité dans les ouvrages des concurrents doivent nécessairement avoir régné *pendant le cours de l'année précédente*. Enfin, n'est-il pas permis, quand on voit ces observations citées par l'auteur se disperser ainsi entre trois années consécutives, d'élever encore, par cela même, de nouveaux doutes sur le caractère véritablement épidémique des érysipèles dont il a retracé l'histoire?

Sous le n° 2 a été inscrit un autre mémoire, dont l'auteur est M. Thore (Ange-Marie), élève interne à l'Hôtel-Dieu, et qui porte le titre suivant : *Essai sur les maladies qui ont prédominé, pendant l'année* 1839, *dans la division des aliénés de Bicêtre.*

Ce mémoire est, sans contredit, un ouvrage remarquable. Le sujet qu'il traite est neuf et plein d'intérêt. L'auteur y a fait preuve d'une instruction aussi variée qu'étendue, d'un jugement net et sûr, et l'on y trouve partout cette juste proportion, caractère essentiel des bons ouvrages, de l'esprit d'observation qui sait choisir les faits, et du raisonnement qui les vivifie et les féconde. La Faculté n'eût donc point hésité à couronner le mémoire de M. Thore, si une discussion n'eût dû être engagée d'abord à cette occasion, savoir : jusqu'à quel point l'auteur s'était conformé au programme du concours, et en avait rempli les conditions. Après un sérieux examen, la commission s'est décidée pour la négative, et cette opinion a été adoptée par la Faculté. Les motifs de ce jugement seront développés dans la suite de ce rapport. Du reste, la Faculté exprime les regrets de ne pouvoir accorder à M. Thore le prix fondé par M. de Montyon; elle l'invite à donner suite à ses savantes recherches, destinées sans doute à jeter un grand jour sur les affections qui se développent chez les aliénés.

Des observations analogues doivent être faites au sujet du mémoire n° 3, dont l'auteur est M. Hyacinthe Morizot, élève de l'hôpital de la

Charité. Quarante observations de chlorose et trente-deux de fièvre typhoïde ont été recueillies par lui dans le service de M. le professeur Fouquier, pendant le cours de l année 1839. Ces deux maladies sont celles qui se sont présentées le plus fréquemment dans ce service, durant l espace de temps qui a fourni matière au travail de M. Morizot. Ce n'est point ainsi, comme on le verra tout à l'heure, que la Faculté croit devoir interpréter le programme tracé par M. le baron de Montyon. La chlorose et la fièvre typhoïde sont des affections si communes, qu'elles ne sauraient servir à caractériser une année plutôt qu'une autre, et, si l'on adoptait la manière de voir de M. Morizot, qui considère comme maladies dominantes dans une année celles qui se sont montrées le plus souvent dans telles ou telles salles d hôpital, rien n empêcherait de reproduire tous les ans dans ce concours l'histoire de ces deux maladies en particulier. C'est avec peine que la Faculté se voit forcée d'appliquer au mémoire de M. Morizot les conclusions sévères qui ressortent de ce jugement. Tout le soin qu'il a apporté dans la rédaction de ces nombreuses observations, les discussions étendues et judicieuses auxquelles il s'est livré, assureraient à ce travail un rang distingué dans toute autre espèce de concours.

En résumé, la Faculté, prenant en considération tous les motifs qui viennent d'être successivement exposées, n'a pas cru devoir décerner cette année le prix Montyon. Elle a désiré toutefois donner à chacun des trois candidats qui se sont présentés au concours un encouragement que chacun d'eux a mérité à des titres divers, et elle a arrêté, en conséquence, qu'une mention honorable serait accordée à MM. Maslieurat-Lagémard, Thore et Morizot.

Ce concours, on le voit, n'a point donné un résultat complétement satisfaisant. D une part, le petit nombre des concurrents; d'une autre part, le choix des sujets et la manière dont ils ont été traités, semblent indiquer que l'esprit de cette institution n'est pas bien compris des médecins, et que son importance n'est pas assez généralement reconnue. Ces considérations ont frappé la Faculté; aussi a-t-elle décidé, par une délibération expresse, que le présent rapport serait lu dans sa séance publique annuelle de 1840. Elle a voulu, par cette mesure, témoigner hautement de l'intérêt qu elle met à ce concours, et, en même temps, profiter de cette circonstance pour expliquer nettement le sens précis qu'elle attache aux dispositions testamentaires de M. le baron de Montyon, ainsi que la direction qu'elle entend donner aux travaux futurs des concurrents.

Quelle a été la véritable intention du fondateur, lorsqu'il a chargé la Faculté de décerner un prix annuel *aux meilleurs mémoires sur les maladies dominantes?* Quelle signification a-t-il cru donner à ces expressions? A-t-il voulu désigner seulement les maladies les plus fréquentes, celles qui auront paru le plus souvent dans un lieu quelconque, abstraction faite, d'ailleurs, de leur nature et de leurs caractères? Ainsi l'ont compris plusieurs candidats au prix proposé. Mais qui ne voit qu'un travail qui ressortirait de ce genre de recherches n offrirait en résultat qu un intérêt relatif, et par conséquent très limité? Dans les cas ordinaires, quoi de plus fréquent que les pneumonies, les affections cérébrales, les chloroses, les rhumatismes, etc.? Une description plus ou moins savante de ces maladies, les mieux connues de toutes assurément, ou, du moins, les mieux étudiées, n'aurait guère d'autre profit pour la science que de mettre en lumière le zèle et la sagacité de son auteur; ou bien, pour que cette sorte de statistique pût conduire à des données générales de quelque valeur, il faudrait qu'elle fût établie sur une grande échelle, qu'elle embrassât, par exemple, dans le cercle de ses observations, une certaine étendue de pays, un climat déterminé; mais réduite, comme elle le serait nécessairement, à une étroite localité, à un hôpital ou une salle d'hôpital, peut-être même à un établissement réservé pour des maladies spéciales, quelles conclusions serait-il légitimement permis d'en tirer? Évidemment, ce n'est pas là ce qu'on veut dire par *maladies régnantes* ou *dominantes*. Une maladie règne, domine dans un lieu, non pas seulement lorsqu'elle atteint à la fois un grand nombre d'individus, mais encore lorsque son apparition constitue en quelque sorte un phénomène passager et accidentel, lorsque son action ne se prolonge pas au delà d'un certain espace de temps, lorsque ses causes, ses symptômes, sa marche, offrent plus ou moins, dans leur ensemble, cette physionomie propre qui distingue les maladies dites *épidémiques*. Telle est la véritable signification de ces mots : *maladies dominantes* ou *régnantes;* tel est le langage reçu depuis long-temps dans la science médicale. L'étude attentive des maladies régnantes a pour but essentiel de constater, au moyen d'observations précises, quelques unes des variétés ou complications de la pathologie commune; elle tend à pénétrer dans la connaissance intime des causes particulières qui ont donné naissance à ces affections, soit que ces causes se rattachent aux diverses circonstances atmosphériques ou terrestres, soit qu'elles tiennent à tel ou tel mode d'alimentation, à telle ou telle perturbation dans le régime habituel des hommes.

Cette étude est de tous les temps et de tous les lieux, Hippocrate le premier, et, depuis, Sydenham, Baillou, Pringle, Huxham, Stoll, MM. Pinel et Broussais en ont fait sentir toute l'importance. La dissertation de Tissot sur les fièvres bilieuses observées à Lausanne, en 1755, l'histoire des maladies qui ont régné à Naples en 1764, par Sarcone, les constitutions épidémiques de Van-Swieten, l'ouvrage de Finke, traduit par M. Lugol, celui de Rœderer et Wagler sur la maladie muqueuse, ceux de Lind sur la fièvre du Bengale de 1762, de Rasori sur la fièvre pétéchiale de Gênes, les traités si remarquables de M. Bretonneau sur la diphtérite, et de M. Maillot sur les fièvres intermittentes de la Corse et de l'Afrique, enfin les excellentes monographies de MM. Gendron, Rayer Gerardin, Dalmas et de plusieurs autres contemporains, ce sont là autant de modèles de ce genre de travaux, et qui peuvent servir à apprécier clairement l'objet de la nature toute spéciale. C'est donc une étude à la fois scientifique et pratique; elle est pratique en raison du travail qu'elle exige, et dont l'observation est nécessairement la base; scientifique, par les applications qui en dérivent, et qui, en dernière analyse, reviennent à l'hygiène par la pathologie. Ce double caractère nous explique parfaitement la pensée qui animait M. le baron de Montyon lorsqu'il fondait ce prix annuel, par son testament, dans la première école médicale de la France. Si l'on veut, en effet, passer en revue et examiner avec quelque attention toutes les fondations créées par lui au sein des diverses académies et sociétés savantes, et auxquelles il a attaché son nom et employé sa fortune, il est facile de reconnaître qu'une seule et même vue d'utilité générale l'a constamment guidé dans tous ces actes. Son désir a été beaucoup moins d'encourager les savants ou les artistes, d'exciter et de récompenser leurs efforts, que de travailler ainsi au progrès universel des sciences et des arts, et de servir, par conséquent, la société toute entière par son inépuisable libéralité.

TABLE ANALYTIQUE

Du premier semestre de l'année 1840-41 du Journal des Connaissances-Médico-Chirurgicales.

A.

Abcès du rein évacué par l'expectoration, 122.
— Situé entre le pharynx et la colonne vertébrale, 33.
Ablation d'une tumeur remarquable du col, 128.
Acéphalocystes des poumons, 194.
Acétate de morphine. Heureusement employé dans un tétanos traumatique, 245.
Acide sulfurique contre la colique de plomb, 53.
Actes officiels, 217.
Acupuncture employée pour évacuer la sérosité dans les hydropisies, 119.
Adrien. Lettre sur le monésia, 197.
Air comprimé. Son action thérapeutique, 129.
Aliénation mentale, 45.
— Suicide et crime commis contre les personnes comparés dans leurs rapports réciproques, 67.
Amaurose asthémique compliquée d'ophthalmie interne, 221.
Amputation sus-malléolaire 205.
Amussat. Extirpation d'une tumeur fibreuse contenue dans la paroi postérieure de l'utérus, 127.
Anatomie. Explication des planches de l'atlas, 42.
Andral et Gavarret. Changement de proportion de quelques principes du sang dans les maladies, 131-163.
Anévrisme de la carotide primitive guéri par la ligature, 163.
— De l'aorte, 64.
— De l'iliaque externe; ligature de l'iliaque primitive, 36.
Aphorismes de chirurgie pratique, 96.
Apoplexie de la protubérance annulaire, 207.
Aran. Colique de plomb. Traitement par l'acide sulfurique, 53.
Arsenic. Empoisonnement, 127, 258.
Artère axillaire. Plaie de l', 76.
— Carotide primitive. Ligature, 128.
Arthropathies. Traitement par les bains et les douches de vapeur, 177, 234.
Articulations. Plaies sous-cutanées des, 57.
Audouard. De l'infection et de la contagion morbifique, 114.
Auscultation. Traité pratique d', 249.

B.

Bains et douches de vapeur contre plusieurs maladies, 177, 234.
Ballottement considéré comme moyen diagnostique, 117.
Barrier. Tumeur tuberculeuse du cervelet, 28.
Barth. Traité pratique d'auscultation, 249.
Bassin. Ses principaux vices de conformation, 154.
Bazin.—Connexions qui existent entre la moelle épinière et les nerfs spinaux, 213.
Entre les nerfs encéphaliques et les encéphales, 256.
Bégin. Ablation d'une tumeur remarquable du col, 128.
Belladone dans les maladies des yeux, 242.
Belton. Calcul vésical opéré par la lithotomie, 209.
Bérard (A.). Rétrécissements organiques du rectum, 152.
Bird. Symptômes cérébraux se rapportant aux maladies des reins chez les enfants, 120.
Bischoff. Trichinia spiralis, 124.
Blennorrhagie chez la femme, 3-59-102.
Bonamy (Eug.). Rapprochement à faire entre le diabètes sucré et la phthisie pulmonaire, 207.
Bory Saint-Vincent. Questions d'hygiène en Algérie, 78.
Bouchacourt. Emploi des bains et des douches de vapeur dans plusieurs maladies, 177, 234.
Bouchardat. Nouveau formulaire magistral, 25.
— Observation d'une maladie nouvelle, l'hippurie, 213.
Bouvier. Nature et traitement d'une nouvelle espèce de torticolis, 213.
Boyer (Philippe). Méthode de traitement des ulcères sans assujétir les malades au repos, 164, 213.
Bricheteau. Cancer de l'œsophage; trachéotomie urgente, 126.
Broussais. Sa philosophie, 81.
Budre. Sympathies qui existent entre les diverses parties du corps, 40.

C.

Cabaret. Empoisonnement par les champignons, 31.

Calcul vésical opéré par la lithotomie, 209.
Calorique. De ses courants considérés comme moyens thérapeutiques, 46.
Cancer de l'œsophage ayant nécessité la trachéotomie, 126.
CANELLA. Taille hypogastrique, 159.
Caroncules hyménéales. Recherches sur les, 116.
Carotide primitive. De sa compression dans les maladies convulsives, 185.
— Sa ligature, 128.
Catalepsie chez un garçon de quinze ans, 253.
Catarrhe vésical. Symptôme du rétrécissement du méat urinaire, 117.
CAZAUVIEILH. Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes comparés dans leurs rapports réciproques, 67.
Cerveau. Recherches sur ses lésions, 210.
Cervelet. Tumeurs tuberculeuses du, 28.
CHAMBEYRON, aliénation mentale, 145.
— De la maladie mercurielle, 12.
— Du suicide, etc. (analyse), 67.
Chirurgie pratiques. Aphorisme de, 96.
Chute du rectum. Nouveau procédé opératoire, 75,
— De la matrice, 253.
Clavicule extraite, 127.
Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire de Strasbourg, 200.
CLOT-BEY. Leçons sur la peste et la contagion, 118.
Colique de plomb traitée par l'acide sulfurique, 53.
COLOMBAT (de l'Isère). Maladies des femmes, 109.
COLSON. Anévrisme de la carotide primitive, 63.
— Fracture compliquée du péroné, 148.
Compression de la carotide dans les maladies convulsives, 185.
Constitution médicale de 1839, 123.
Contagion de la fièvre typhoïde, 27.
— De la peste, 118.
— Morbifique, 114.
Corps étrangers introduits dans les voies digestives, 118.
COTTEREAU. Formulaire général, 25.
Crâne. Tumeur du, 122.
Cuivre. Questions toxicologiques, 74.

D.

DANVAU. Vices de conformation du bassin, 154.
DÉGUISE. Anévrisme de l'iliaque externe, 36.
Désarticulation scapulo-humérale, 127.
DESPORTES. Moyen d'évacuer la sérosité dans les hydropisies par l'acupuncture, 119.
DEVILLIERS. Recherches sur l'hymen et les caroncules myrtiformes, 116.
Diabètes. Observations de, 158-208.
— Ses rapports avec la phthisie pulmonaire, 207.
— Un mot sur son traitement, 115.
Dictionnaire des réactifs chimiques, 23.
DIEFFENBACH. Guérison du strabisme au moyen d'une opération chirurgicale, 40.
DIETERICH. Maladie mercurielle, 12.
Difformités du système osseux, 188.
Diphthérite chez un adulte, 31.
DUBOIS (d'Amiens). Pouls dans la série animale, 127.
— Recherches sur le système capillaire, 209.
— L'hypérémie, 76.
DUPARCQUE. Traité des altérations organiques de la matrice, 111.
DUPUYTREN. Aphorismes de chirurgie pratique, 96.
DURAND-FARDEL. Blennorrhagie chez la femme, 3-59-102.

E.

Ecoles de pharmacie. Ordonnance sur leur organisation, 219.
— Secondaires de médecine. Ordonnance concernant leur réorganisation, 217.
Embarras gastrique compliquant la péripneumonie, 93.
Emissions sanguines, et tartre stibié dans la pneumonie des vieillards, 247-251.
Empoisonnement par les champignons, 31.
Encéphale. Recherches anatomiques, 38.
Enseignement médical, 217.
Evacuants, 247.
Extraction de corps étrangers introduits dans les voies digestives, 118.

F.

Falsifications du lactate de fer, 66.
Femmes. Traité de leurs maladies, 109.
Fièvre intermittente. Symptôme de rétrécissement uréthral, 11.
— Typhoïde. De sa contagion, 27.
Fer. Action comparative de deux de ses préparations, 252.
Fissure à l'anus. Traitement par le ratanhia, 47.
FLACHS. Diagnostic de la grossesse extrà-utérine, 254,
FLEMING. Abcès situés entre le pharynx et la colonne vertébrale, 33.
FLEURY. Tumeurs enkystées qui se développent au-devant du genou, 252.
Follicules vulvaires. De leur inflammation, 210.
Formulaires divers, 25.
FOURNET. Ballottement, moyen de diagnostic des tumeurs abdominales, 117.
FOVILLE. Structure de l'encéphale, 38.
FOY. Formulaire des médecins praticiens, 25.
Fracture compliquée du péroné, 148.
FUSTER. Action comparative de quelques préparations de fer, 252.

G.

GAILLARD. Luxation congénitale de l'humérus réduite au bout de seize ans, 75.
Gastrite aiguë, 30.
GAUBRIC (Émile). Opération césarienne, 29.
GAUTHIER (de Claubry). Contagion de la fièvre typhoïde, 27.
GAVARRET. Changements de proportion de quelques principes du sang dans les maladies, 131, 163.
GAYETANI-BEY. Désarticulation scapulo-humérale, extraction de l'omoplate et résection de la clavicule chez le même sujet, 127.
GEDDINS. Chûte de la matrice, 253.
Genou. Extraction d'un corps étranger de cette articulation, 161.
— Portion détachée d'un des condyles, y formant un corps étranger.
GEOFFROY (Saint-Hilaire). Zoologie générale, 79.
GERDY. De la vision, 125, 126, 161, 209.
Gestation au sixième mois, mort; opération césarienne, 29.
GIBERT. De la syphilide, 162.
— Leçons sur les maladies de la peau, 115.
GIMELLE. Tartre stibié à haute dose dans les maladies articulaires, 76.
GINTRAC. Observation de gastrite aiguë, 30.
GOURAUD (Henri). Philosophie de Broussais, 81.
GOURJON. Ongle incarné, 108.

GOUZÉE. Traitement de l'ophthalmie gonorrhéique, 191.
Grossesse extrà-utérine, 254.
GUÉRIN (Jules). Luxation traumatique de la deuxième vertèbre cervicale ; réduction, 78.
— Plaies sous-cutanées des articulations, 37.
— Section sous-cutanée des muscles dans le torticolis ancien, 130.
— Strabisme guéri par un nouveau procédé opératoire, 256.
— Théorie des difformités du système osseux, 188.
GUIBERT. Emissions sanguines et évacuants, 247.

H.

HALPIN. Nouvelle méthode de traitement pour la rétroversion de l'utérus, 33.
Hernies. Traité pratique des, 204.
Hippurie. Maladie nouvellement observée, 213.
HOLLARD. Nouveaux éléments de zoologie, 111.
HOURMANN. Injections utérines, 22, 109.
HUGUIER. Syphilis chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées, 126.
Hydrocéphale chronique ventriculaire, 28.
Hydropisies articulaires traitées par le tartre stibié à haute dose, 76.
— Moyen d'évacuer la sérosité par l'acupuncture, 119.
Hydrothérapie. Rapport académique sur l', 160.
Hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, 24.
Hymen, Recherches sur cette membrane, 116.
Hypérémie. Recherches sur l', 76.

I.

Infection morbifique, 114.
Inflammation des follicules vulvaires, 210.
Injections utérines. 22, 33, 77, 109, 139, 162.
Iode combiné avec le mercure pour déterminer la résorption des abcès provenant du périoste, 33.
ISIDORE-GEOFFROY. Zoologie générale, 79.
IZOKALSKI (Victor). Tumeur scrotale contenant des débris de fœtus, 26.

J.

JEANSELME (Gustave). Manuel pratique des maladies des yeux, 202.
JOBERT (de Lamballe). Ligature de la carotide primitive pour une tumeur érectile de l'orbite, 128.

L.

LACHAISE. Causes de la mortalité dans les grandes villes, 161.
Lactate de fer. Sophistication du, 66.
Lait. Expériences microscopiques, 215.
LALLEMAND. Nouvelle méthode curative des fistules vésico-vaginales, 213.
LAMARE-PIQUOT. Acétate de morphine dans les tétanos, 243.
Larynx (Compression du), occasionnée par un cancer de l'œsophage, et ayant nécessité la trachéotomie, 126.
— De la trachéotomie comme remède extrême dans les maladies chroniques, 133.
LASSAIGNE. Dictionnaire des réactifs chimiques, 23.
— Modification dans l'emploi de l'appareil de Marsh, 211.
LAURÈS. Anévrisme de l'aorte, 64.
LELLI (Salvator). Sur la prétendue vertu hyposthénique du quinquina, 34.
LEROY (d'Étiolles). Ovarite provoquée par les injections utérines, 163.
— Spasme uréthral causé par la présence d'un calcul dans la vessie, 77.
LETELLIER. Expériences microscopiques sur le sang, la lymphe, le pus et le lait, 215.
LEVIEUX. Phlébites suites de saignées, 29.
LÉVY (Michel). Sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermittentes, 72.
Ligature de la carotide primitive, 128.
— De l'iliaque primitive, 36.
DOURADOUR. Falsification du lactate de fer, 66.
Luxation congénitale de l'humérus, guérie au bout de seize ans, 73.
— De l'humérus guérie par des sections musculaires, 125.
— Des phalanges, 161.
— Spontanée des deux genoux, 210.
— Traumatique de la deuxième vertèbre cervicale, 78.
Lymphe plastique. Expériences microscopiques, 215.

M.

MAHOT. Apoplexie de la protubérance annulaire, 207.
Maladie. Considérations générales sur les, 247.
— Convulsives traitées par la compression de la carotide, 185.
— De la peau, 115.
— Des femmes, 109.
— Des reins se traduisant par des symptômes cérébraux, 120.
— Syphilitique chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées, 126.
MALHERBE. Corps étrangers dans l'articulation du genou, 31.
MALLE. Clinique chirurgicale, 200.
Mal vertébral, 156.
Manuel pratique des maladies des yeux, 202.
MARCÉ. Diphthérite chez un adulte, 31.
MARION (de Procé). Diabètes sucré, 208.
Marsh. Appareil de, 175, 211.
MASCAREL. Traitement de la pneumonie des vieillards, 251.
MASLIEURAT. Rétrécissement organique du rectum, 152.
Matrice. Maladies, 204.
— Chûte de la, 253.
MAYOR (Mathias). Réducteur mécanique, 71.
MÉNIÈRE. Variole chez les enfants vaccinés, 100.
Mercure combiné avec l'iode pour faire résorber les abcès qui viennent du périoste, 33.
Mercurielle. De la maladie, 12.
MILNE EDWARDS. Organes sexuels de divers mollusques, 77.
Moelle épinière. Sa connexion avec les nerfs spinaux, 213.
Monésia, 197.
MONNERET. Diabètes sucré, 158.
Monstruosités par inclusion, 26.
Mortalité dans les grandes villes ; de ses causes, 161.
Musc dans la pneumonie avec délire, 107.

N.

Nerfs spinaux. Leurs connexions avec la moelle épinière, 213.
— Leurs connexions avec les partiss centrales du cerveau. 256.
NICHET. Mal vertébral, 156.
NÆGELÉ. Vice de conformation du bassin, 154.

O.

OEsophage (Cancer de l') ayant nécessité la trachéotomie, 126.
Omoplate. Son extraction, 127.

Ongle incarné, 108, 109.
Opération césarienne, 29.
Ophthalmie gonorrhéïque. Son traitement, 191.
ORFILA. De la suspension, 211.
— Empoisonnement par l'arsenic et par le tartre stibié, 258.
Os. De leur résection, 206.
Ovarite aiguë, provoquée par les injections utérines, 162.
OZANAM. Péripneumonie compliquée d'embarras gastrique, 92.
— Quinquina dans la fièvre, 89.

P.

Paralysies (Traitement de quelques) par les bains et les douches de vapeur, 177, 224.
PARRISH. Catalepsie chez un garçon de 15 ans, 253.
Pathologie générale et philosophie médicale, 166.
PAYAN. Fièvre intermittente symptôme de rétrécissement, 117.
— Traitement du diabètes, 115.
Peau. Leçons sur ses maladies, 115.
PELLETAN. Courants de calorique, considérés comme moyen thérapeutique, 45.
PEREYRA. Purpura hemorrhagica, 30
Peste. De sa contagion, 118.
Philosophie de Broussais, 81.
— Médicale, 166.
Phlébite, 29, 162.
Phthisie tuberculeuse. Ses rapports avec le diabètes sucré, 207.
Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, 24.
PIDOUX Pahtologie générale, 166.
Pied-bot varié. Observation de, 116.
Plaie de l'artère axillaire, 76.
— Du tronc veineux brachio-céphalique gauche. 79.
— Sous-cutanées des articulations, 37.
Pneumonie compliquée d'embarras gastrique, 92.
— Des vieillards, son traitement, 251.
Pouls dans la série animale, 127.
Poumons. Acéphalocystes des, 194.
Principe vital. Recherches, 75.
Prix de l'Académie des sciences, 129.
Purpura hemorrhagica, 30.
Pus. Expériences microscopiques sur le, 215.

Q.

Quinquina. Dans quelles aspèces de fièvres doit-il être employé? 89.
— De sa prétendu vertu hyposthénique, 34.

R.

Rage. Expérience sur la, 213.
Ratanhia. Contre la fissure à l'anus, 47.
Rectum. Rétrécissement organique, 152.
Réducteur mécanique, 71.
Rein (Abcès de) organe évacué par l'expectoration, 122.
— (Maladie des) chez les enfants, 120.
Résection de la clavicule, 127.
— Des deux tiers de la mâchoire inférieure, 37.
— Dans la continuité des os longs, 28.
— Des os, 206.
Rétrécissements organiques du rectum, 152.
Rétroversion de l'utérus. Nouvelle méthode de traitement, 33.
RÉVEILLÉ-PARISE. Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, 24.
Rhumatisme agissant sur le système nerveux, 225.
— Traitement par les bains et les douches de vapeur, 177, 234.
RICHARD. Formulaire de poche, 25.
RIGAL. Aphorismes de Dupuytren, 96.
RIVIÈRE. Résections, 28.
RKLITSKY. Résection dans la continuité des os longs, 28.
ROBERT. Inflammation des follicules vulvaires, 210.
— Nouveau procédé opératoire pour la chute du rectum, 75.
ROCHÉ. Emploi du musc dans la pneumonie avec délire, 107.
ROGER (Henri). Traité pratique d'auscultation, 249.
ROUX. Strabisme, 41, 130.
ROYER-COLLALD. Rapport sur le prix Monthyon, 261.

S.

Sang. Changemens, de proportion de ses principes dans les maladie 113, 163.
Santé. Considérations générales, 247.
— Expériences microscopiques, 215.
SCHNEIDER. Constitution médicale de 1839, 123.
SCIPION PINEL. Lésions du cerveau, 210.
Scrotum contenant des débris de fœtus, 26.
Section musculaire dans le strabisme, 191.
— Sous cutanée des muscles pour le torticolis ancien, 130.
SICHEL. Amorose asthénique, 221.
SIMON (Max). Acéphalocystes des poumons, 194.
SPOSER. Abcès du rein évacué par l'expectoration, 122.
Strabisme. De sa guérison au moyen d'une opération chirurgicale, 40, 79, 130, 131, 256.
STROEHLIN. Compression de la carotide primitive dans les maladies convulsives, 185.
Suicide. Aliénation mentale et crime contre les personnes, 67.
Sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fievres intermittentes, 72.
— *de zinc*, considéré comme agent vomitif, 73.
Suspension. Médecine légale, 211.
Suture des grandes lèvres pour la chûte de la matrice, 253.
SWAINSON. Climat de la Nouvelle-Zélande, 32.
Sympathies qui existent entre les diverses parties du corps, 40.
Syphilis, 162.
Système capillaire, 209.
— Nerveux influencé par le rhumatisme, 225.

T.

TABARIÉ. Action thérapeutique de l'air comprimé, 129.
Taille hypogastrique, 159.
TANCHOU. Contagion de la peste, 118.
Tartre stibié à haute dose dans les hydropisies articulaires, 76.
— Emissions sanguines dans la pneumonie des vieillards, 251.
— Empoisonnement par le, 258.
TAVIGNOT. Amputation sus-malléolaire, 205.
TEISSIER. Phlébite, 162.
Téhia. Traitement, 123.
TERNISIEN. Ongle incarné, 79.
Testicule cancéreux chez un enfant de deux ans 76.
Tétanos traumatique, guéri par l'acétate de morphine, 245.
THIERRY. Plaie du tronc veineux brachio-céphalique gauche, 77.
THOMSON. Influence des manufactures où l'on travaille la laine sur la santé, 121.
TONNELÉ. Belladone dans les maladies des yeux, 242.
Torticolis, 130, 213.
TOULMOUCHE. Sulfate de zinc, 73.

Trachéotomie. Moyen extrême dans quelques maladies chroniques du larynx, 133.
Trichinias spinale, 124.
TROUSSEAU. Traitement de la fissure à l'anus par la ratanhia, 47.
— Trechéotomie, moyen extrême dans quelques maladies chronique du larynx, 133.
Tumeur abdominale diagnostiquée au moyen du ballottement, 117.
— Cancéreuse de l'œsophage ayant nécessité la trachéotomie, 126.
— Du crâne, 122.
— Enkystées qui se développent au devant des genoux, 252.
— Erectyle de l'orbite, 128.
— Fibreuse dans l'épaisseur de l'utérus, extirpation, 127.
— Scrotale contenant des débris de fœtus, 26.
— Tuberculeuse du cervelet, 28.

U.

Ulcères aux jambes. Traitement, 164.
Urètre. Spasme de l', 77.
Utérus. Injection dans l', 22, 33, 77, 109, 139, 162.
— Rétroversion de l'. Nouvelle méthode de traitement, 33.
— Traité de ses altérations organiques, 111.

V.

Vaccinations (RE-). Leurs résultats, 100.
Vapeur (Douches de) dans diverses maladies, 177, 234.
Varioles modifiées chez des enfants vaccinés, 100.
Varices, 116.
VERDIER. Hernies et maladies de la matrice, 204
VERGER. Pied-bot varié, 116.
VIDAL (de Cassis). Injections intrà-utérines, 77.
Vie. Considérations générales, 247.
Vision. Physiologie de la, 125, 126, 209.

Y.

Yeux. Emploi de la belladone dans leurs maladies, 242.
— Manuel pratique de leurs maladies, 202.

Z.

Zoologie générale, 79.
— Nouveaux éléments de, 111

FIN DE LA TABLE.

Le directeur de service, H. GOURAUD.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.

8e ANNÉE.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES,

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS

H. GOURAUD, J. LEBAUDY, A. TROUSSEAU,

ACCOMPAGNÉ DE DOUZE PLANCHES D'ANATOMIE DE GRANDEUR NATURELLE GRAVÉES SUR ACIER.

PAR AN.—10 FRANCS POUR PARIS, 12 FR. POUR LES DÉPARTEMENTS.

On souscrit,
AU BUREAU DU JOURNAL,
RUE RACINE, 3, A PARIS.

1841.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 7. — JANVIER 1841.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Examen chimique et médical du monésia.

Quiconque veut introduire dans la matière médicale un nouvel agent thérapeutique doit s'attendre à rencontrer de sérieuses difficultés. L'indifférence des uns, l'opposition systématique des autres, la défiance de tous, accueillent inévitablement l'annonce d'un nouveau médicament. Lorsqu'il y a un an l'un de nous publia une notice sur le monésia, il a dû trouver les esprits dans les dispositions que nous venons d'indiquer, et il n'a fallu rien moins que la certitude que nous avions acquise de l'efficacité de cette substance, il n'a fallu rien moins que le sentiment intime de la bonne foi que nous avions mise dans nos recherches, pour nous encourager à les continuer. Cependant si, en pareil cas, il est des médecins qui, redoutant les piéges du charlatanisme, se méfiant des artifices de l'industrie, se placent tout d'abord dans une position d'incrédulité, souvent trop légitime, il en est d'autres, et ce ne sont pas les moins praticiens, qui reconnaissant la diversité, on peut dire la *spécificité* d'action de chaque médicament, se rappelant les mécomptes que la pratique offre tous les jours dans leur administration, l'opiniâtreté d'un grand nombre de maladies, la persévérance de certains symptômes, accueillent sans défaveur une substance médicamenteuse nouvelle, qui peut leur fournir de nouvelles ressources.

C'est sur ces médecins que nous avions compté pour vérifier nos expériences, et le concours bienveillant qu'ils nous ont accordé prouve qu'ils ont eu bonne opinion de nos premiers essais, et qu'ils n'ont pas confondu la substance digne d'examen que nous leur soumettions, en suivant une ligne toute *scientifique*, avec les panacées qu'on présente tous les jours à la crédulité du public, escortées de toutes les séductions du charlatanisme.

Aujourd'hui que des observations nouvelles sont venues grossir le nombre des observations antérieures ; que le monésia a été employé dans un très-grand nombre de cas contre des maladies fort diverses et dans des localités bien différentes, nous pensons que le moment est venu de résumer ces observations et de faire connaître les plus importantes, afin d'apprécier définitivement la valeur de ce nouvel agent thérapeutique.

Nous examinerons donc successivement le monésia sous le rapport de l'histoire naturelle, de l'analyse chimique, des préparations pharmaceutiques, de l'histoire médicale, du mode d'action et enfin du mode d'administration.

§ Ier. *Histoire naturelle.* — Nous ignorons encore aujourd'hui le nom véritable du végétal qui produit l'écorce de monésia. La personne qui nous l'a fait connaître, et qui a long-temps habité l'Amérique du sud, ayant eu fréquemment l'occasion de voir l'extrait de cette écorce employé empiriquement réussir dans des maladies graves du tube intestinal, la dysenterie surtout, résolut d'en apporter en Europe pour faire étudier et constater ses propriétés. C'est donc par les échantillons qu'il nous a remis que nous avons connu cette écorce, mais il n'a pu nous donner aucun renseignement sur la famille et le genre de l'arbre qui la fournissait. Nous avons fait alors des recherches dans toutes les pharmacopées, dans les principaux ouvrages de botanique; nous avons parcouru les collections du Jardin des Plantes, nous avons visité les serres de ce grand établissement, enfin nous avons cherché des renseignements auprès des personnes qui s'occupent spécialement d'histoire naturelle et plus particulièrement des bois et des écorces. En exposant les résultats de nos investigations, l'on pourra juger s'il y a de notre faute de n'avoir pu éclaircir encore

les ténèbres qui, jusqu'à présent, enveloppent l'origine du monésia.

L'écorce du monésia doit provenir d'un arbre volumineux; car elle est en morceaux, dont quelques-uns offrent une épaisseur de six à huit millimètres; elle est très-compacte, pesante, dure, gorgée d'extrait; sa couleur est d'un brun foncé; lorsqu'elle est dans toute son épaisseur, une de ses faces présente une sorte d'épiderme grisâtre qui contraste avec la couleur chocolat de la tranche; sa cassure est presque unie et non pas filamenteuse comme celle de l'écorce du chêne, du quinquina, etc. Sa saveur est douce d'abord et sucrée, mais bientôt après elle devient âcre et prend fortement à la gorge.

Le nom sous lequel cette écorce nous a été présentée est *monésia;* et, tout d'abord, nous devons prévenir qu'elle n'a aucun rapport avec les végétaux des genres monétia ou manétia de la famille des rubiacées. Les renseignements bien incomplets qui nous furent transmis nous firent penser que l'arbre qui la fournissait pouvait être un chrysophillum, famille des sapotées. Cependant cette opinion a rencontrée quelques contradicteurs au nombre desquels nous croyons pouvoir compter MM. Lemaire, Lizancourt et Guillemin.

M. Guibourt a cru reconnaître dans le monésia une substance qui porte au Brésil le nom de *buranhem*, et dont plusieurs personnes lui remirent il y a une dizaine d'années des échantillons. M. Guibourt pense aussi que le mohica de M. Martins n'est autre chose que le buranhem auquel M. Isidore Bourdon a consacré un article dans la *Gazette de santé* du 6 septembre 1835.

Quelques voyageurs avaient supposé que le monésia pouvait être l'écorce du palétuvier (rhizophora gymnorrhiza, L. : rugiera gymnorrhiza, Lam.), mais d'autres renseignements nous portent à croire que cette opinion n'est pas fondée.

On nous avait encore indiqué le *cortex brasiliensis* de la pharmacopée de Hambourg (acacia cochléocarpa, *Martins*). Toutefois la description de cette écorce n'offre pas d'analogie avec celle du monésia.

Il en est de même de l'écorce de l'acacia virginalis (cortex barbatimas, cortex brasiliensis de la pharmacopée de Lisbonne) avec laquelle notre écorce offre encore quelque ressemblance, quoiqu'elle soit différente au fond.

Nous pensons donc qu'il serait prématuré d'attribuer le monésia à tel ou tel végétal. Aussi nous croyons que de nouveaux renseignements sont nécessaires, et nous ne négligerons rien pour les obtenir; mais le doute dans lequel nous sommes encore nous impose l'obligation de maintenir le nom sous lequel cette substance nous a été remise, et nous ne partageons pas les craintes de M. Guibourt sur les inconvénients que pourrait avoir la nécessité d'une synonymie lorsqu'on sera fixé sur le nom réel du végétal qui fournit l'écorce en question.

§ II. *Examen chimique.*—L'extrait de monésia, tel qu'il nous a été envoyé, est en plaques d'environ cinq cents grammes, ayant une épaisseur de 20 à 25 millimètres; sa couleur est d'un brun foncé, presque noir; il est très-cassant, et la surface du fragment n'offre ni l'aspect terne du cachou ni le brillant du kino; il est entièrement soluble dans l'eau; sa saveur, d'abord sucrée, devient bientôt astringente et laisse après elle à la gorge une âcreté très-prononcée et très-persistante.

L'examen chimique de l'écorce fait antérieurement nous avait fait reconnaître en principes solubles : 1° de la chlorophylle; 2° de la cire végétale; 3° une matière grasse et cristallisable; 4° de la glycyrrhizine; 5° une matière âcre un peu amère; 6° un peu de tannin; 7° un acide organique non étudié; 8° une matière colorante rouge assez analogue à celle du quinquina; 9° des phosphates de chaux et de magnésie; 10° un sel de chaux à acide organique. La comparaison de l'extrait importé et de celui préparé pour cette analyse, nous a démontré leur complète identité, sauf quelques différences qui tiennent au plus ou moins de soins apportés dans leur préparation. Peu de temps après la lecture de cette analyse à la société de pharmacie, M. Heydenreich, pharmacien de Strasbourg, a examiné, sur la demande du professeur Forget, une petite quantité d'écorce de monésia qu'il tenait de l'un de nous; les résultats que notre confrère a obtenus sont les suivants :

« Le résidu ligneux qui composait les cinq » huitièmes de l'écorce, traitée successive- » ment par l'eau froide, l'eau bouillante et » l'éther, étant réduit en cendres, a indiqué » la présence des acides carbonique, sulfu- » rique et chlorhydrique, de beaucoup de » chaux, de la potasse, d'un peu de fer et de » silice. »

L'extrait était composé de

Tannin bleuissant le fer,	52.
Gomme ou mucilage,	10.
Matière douce,	36.
Perte,	2.

Nous avons repris notre première analyse pour la compléter, et voici quel a été le résultat de notre second travail.

Analyse chimique. — L'écorce de monésia réduite en poudre, épuisée par l'eau dans un appareil de déplacement, donne une liqueur d'un brun rougeâtre, acidule au papier de tournesol, d'une saveur d'abord sucrée douceâtre, puis styptique, amère et très-âcre. Cette liqueur précipite en jaune sale par l'émétique, en gris brun par l'acé-

tate de plomb; la gélatine y forme d'abondants flocons jaunâtres, et le sulfate de fer un dépôt bleu noirâtre comme avec les composés qui renferment du tannin. La liqueur évaporée à une douce chaleur à siccité, laisse de 24 à 25 pour °/o d'extrait brun rouge, dont l'aspect est très-analogue à celui du cachou ou du kino. Cet extrait est soluble dans l'alcool et dans l'eau, à l'exception d'une petite quantité d'*apothême* de tannin formé pendant la concentration.

Pour isoler de l'écorce de monésia les différents principes qu'elle renferme, nous avons suivi la méthode ordinaire, qui consiste à faire succéder l'action de divers véhicules, tels que l'éther sulfurique, l'alcool, l'eau tiède ou froide, les acides, etc., etc., et pour ces opérations nous avons employé l'appareil de déplacement.

Traitement par l'éther. L'éther sulfurique mis en contact pendant plusieurs jours avec la poudre du monésia, et après épuisement, prend une teinte d'un jaune verdâtre; distillé aux 19/20e, il laisse un résidu vert foncé qui se sépare d'une partie liquide, jaunâtre et sucrée. Si l'on traite ce résidu par l'eau froide, on isole la *substance verdâtre*, qui paraît formée de cire et de chlorophylle, puis d'une matière grasse cristallisable.

Chlorophylle et cire.—Cette chlorophylle a été isolée à l'aide de l'alcool froid ou d'une eau alcaline légère, elle était soluble dans l'éther et l'alcool bouillant avec lesquels elle formait des liquides d'un vert intense. Après évaporation il restait une substance verte très-fusible, un peu solide.

Matière grasse cristallisable.— Cette substance, dissoute dans l'alcool, cristallise, par l'évaporation spontanée, en lames nacrées; elle est fusible à 32 D. ou 34 D. centigr., forme une tache assez fixe sur le papier; la potasse la saponifie aisément; elle nous paraît présenter les caractères de la *stéarine*. La proportion en était d'ailleurs peu considérable.

Matière sucrée (glycyrrhizine). — La portion enlevée par l'éther et séparée du résidu au moyen de l'eau, fut filtrée avec soin, puis évaporée doucement; elle a donné un produit un peu rougeâtre, pulvérulent, incristallisable, ayant la saveur sucrée de la réglisse d'une manière très-prononcée. Cette matière nous a présenté tous les caractères que l'on assigne à la *glycyrrhizine*.

Dissoute dans l'eau et privée d'abord de traces de tannin à l'aide de petites lanières de parchemin ramolli plongées dans la solution, elle fournit un liquide non fermentescible d'une saveur très-sucrée comme celle de la réglisse et dans lequel la potasse, l'acétate de plomb, et surtout les acides chlorhydrique, sulfurique, etc., forment d'abondants précipités gélatiniformes.

Le précipité produit par l'acide sulfurique, ajouté en notable proportion, fut recueilli sur une toile fine et égoutté avec soin; il était pulpeux, brunâtre; nous l'avons laissé en contact quelques jours avec l'éther sulfurique, afin d'isoler le plus possible l'acide sulfurique excédant. Au bout de ce temps, l'éther avait laissé séparer des cristaux nacrés, et le précipité lui-même présentait à la surface une cristallisation semblable. Ce précipité, séparé de tout l'éther et séché à l'air libre chaud, fut traité avec soin par le carbonate de baryte; nous fîmes dessécher doucement ce mélange, puis on le fit chauffer dans l'alcool; ce menstrue enleva la matière sucrée que nous regardons comme de la glycyrrhizine et qui resta après la filtration et l'évaporation sous la forme d'une matière sèche, réductible en une poudre légèrement rosée.

Traitement alcoolique.—A l'action de l'éther sulfurique nous avons fait succéder celle de l'alcool à 30 D. et chaud; le liquide clair obtenu, abandonné pendant quelques jours au repos dans un vase fermé, laissa précipiter une poudre d'un blanc rosé, qui fut recueillie et qui sera examinée tout à l'heure.

La teinture alcoolique était sensiblement acide au papier bleu; d'une couleur rouge brune comme les solutions de cachou et de kino, elle avait une saveur d'abord styptique, puis amère et très-âcre à la gorge.

Après la distillation poussée jusqu'à siccité nous avons eu pour résidu un extrait brun foncé, très-sec et facilement friable, donnant alors une poudre d'un rouge terne briqueté. Cet extrait, traité par l'eau froide, s'y dissolvait en totalité, à l'exception de quelques flocons d'apothême brun. La liqueur filtrée, essayée par les réactifs, donnait les réactions suivantes :

1° Avec la gélatine, précipité abondant, sans décoloration complète;
2° Avec l'émétique, précipité floconneux, sans décoloration complète;
3° Avec le sulfate de fer, précipité d'un bleu noirâtre;
4° Avec la potasse, l'ammoniaque, précipité rouge brun gélatineux;
5° Avec les acides, la liqueur prend une couleur un peu rosée;
6° Avec la chaux, la baryte, l'acétate de de plomb il y a formation de précipités d'un aspect gélatineux et rougeâtre.

Une portion A de l'extrait fut pesée avec soin à l'état sec, puis dissoute dans l'eau distillée et filtrée; il resta sur le filtre une petite quantité de poudre brune formée encore d'apothème de tannin; dans le liquide clair acidule de couleur brun rouge de saveur d'abord styptique, puis très âcre, nous avons mis des lanières de parchemin bien lavé préalablement et ramolli.

Tannin ou acide tannique. — Après quarante-huit heures la membrane organisée était gonflée et racornie sur elle-même par la combinaison de la matière animale avec le tannin. Ce contact achevé, la liqueur n'indiquait plus par le sulfate de fer la présence de l'acide tannique. On filtra avec soin de nouveau en lavant le parchemin et l'on fit évaporer à siccité sans perte. La différence du poids de l'extrait sec obtenu avec le poids primitif indiqua à très-peu près la proportion du *tannin*. L'extrait conservait encore une couleur brune, il était acidulé par de l'acide malique et sa saveur âcre était très-prononcée.

Ce résidu, traité par l'alcool à 25 D., s'est dissout entièrement dans ce menstrue; on y ajouta un excès de chaux éteinte en poudre fine ou d'acétate de plomb, et de suite il se fit un précipité gris rosé ou lie de vin produit par la combinaison d'une matière colorante avec l'oxyde calcique ou avec celui de plomb.

Cette matière, qui se rapproche beaucoup de celle que l'on trouve dans le cachou, dans la gomme kino et surtout dans l'écorce de quinquina (rouge cinchonique), fut dégagée de sa combinaison avec l'oxyde de plomb à l'aide de l'hydrogène sulfuré et de traitements convenables. Elle était d'un brun rouge, peu soluble dans l'alcool fort, plus dans l'eau ou dans l'alcool à 25 D. Sa saveur était légèrement âpre et sous l'influence de la potasse, elle paraissait susceptible de se rapprocher du tannin en précipitant alors la gélatine et virant au bleu noirâtre par le sulfate de fer ; propriétés reconnues par MM. Pelletier et Caventou à la matière rouge insoluble du quinquina.

L'alcool à peine coloré retenait une substance âcre que nous allons examiner, et qui resta après l'évaporation ménagée de ce menstrue (1).

Matière âcre (monésine). — Le produit qui va nous occuper est sans contredit l'un des plus importants que renferme l'écorce de *monésia*.

Ayant reconnu dans la partie A la présence de principes autres que celui dont nous allons traiter, et les ayant examinés à part, nous n'avons dans la partie B de l'extrait cherché à isoler que la substance âcre.

A cet effet l'extrait dissout dans l'alcool à 25 D. chaud et filtré fut traité par un excès de chaux réduite en poudre fine. La décoloration fut complète, et le liquide alcoolique filtré fut soumis à une évaporation lente et ménagée jusqu'à siccité. On reprit par l'eau pure le résidu, on filtra pour évaporer de nouveau avec les mêmes précautions.

Le produit obtenu constitue la matière acre du monésia auquel nous conserverons quant à présent le nom de *monésine* que nous lui avions donné d'abord, bien qu'elle ait beaucoup d'analogie avec la saponine, et aussi avec l'acide polygalique, etc., comme nous allons le démontrer.

Cette matière âcre du monésia séchée à 120 D. se présente sous l'aspect de plaques transparentes à peine jaunâtres, très-friables comme une sorte de gomme desséchée. Elle se réduit aisément en une poudre blanche ; elle se dissout très-bien dans l'alcool et dans l'eau, mais à peine dans l'éther sulfurique ; elle communique à l'eau la propriété de mousser assez fortement. Par aucun moyen d'évaporation soit à l'air, soit dans le vide, nous ne sommes parvenus à la faire cristalliser, car les solutions, séchées spontanément sur des plaques de verre, n'ont laissé apercevoir au microscope aucun indice de cristallisation.

La solution de la matière âcre du monésia ne sature en rien les acides ; l'odeur en est nulle, mais sa saveur, d'abord un peu amère, fait bientôt éprouver dans l'arrière-bouche un sentiment d'*âcreté* des plus prononcés et très-persistant. Elle ne tarde pas à se changer, à l'aide de l'acide nitrique, en un produit jaune friable presque insoluble dans l'eau froide et qui est très-soluble dans l'alcool, présentant beaucoup d'amertume et laissant après l'évaporation spontanée un résidu jaune en feuillets nacrés dont l'aspect a quelque chose de cristallisé. Ce produit paraît être analogue à la résine que M. Frémy annonce avoir obtenue dans la réaction de l'acide nitrique sur l'acide esculique ; peut-être se rapproche-t-il de l'acide nitro-picrique ou carbo-azotique.

Si l'on vient à comparer les divers caractères physiques et chimiques que présente la matière âcre du monésia, on leur trouve une assez grande analogie avec ceux étudiés avant nous sur la *saponine*, l'acide *polygalique* et même, quoique d'une manière plus éloignée, sur la *salseparine*.

Nous avons examiné de nouveau ces caractères sur des échantillons de *saponine*, d'acide polygalique et de salseparine que nous avions préparés nous-mêmes ou que nous devions à l'obligeance de MM. Bussy, Quevenne et Thubeuf, et les résultats obtenus avec l'acide hydro-chlorique, la potasse, l'acide nitrique, se sont rapprochés beaucoup. Il est très-probable que si l'on parvient à obtenir par la suite ces diverses substances bien cristallisées ou complètement exemptes de quelques matières étrangères qui les accompagnent, elles présenteront une com-

(1) Quand on emploie l'extrait hydro-alcoolique de monésia fait directement avec la poudre non traitée à l'avance par l'éther sulfurique et lorsqu'on a séparé le tannin à l'aide du parchemin ainsi qu'il est dit ci-dessus, on peut aisément en obtenir la *glycyrrhizine* avec les caractères que nous avons décrits. Pour cela il faut faire agir à chaud l'éther sulfurique alcoolisé sur le produit débarrassé du tannin et rapproché en consistance sèche. Ce véhicule laisse le principe sucré par son évaporation et les matières âcre et colorante sont obtenues ensuite.

plète analogie (1). La saponine deviendrait sans doute aussi un principe immédiat appartenant à différents végétaux et nullement restreint aux saponariées, comme cela a lieu pour d'autres, l'asparagine, la caféine, la pipérine, etc., trouvés dans des végétaux de familles très-éloignées.

Il y a quelques années, l'un de nous a isolé avec M. Boutron Charlard de l'écorce du *quillaya saponaria* une matière âcre qui présente encore une certaine analogie avec la *saponine* et la *monésine* (2).

Malate de chaux.—Nous avons dit précédemment que la teinture hydro-alcoolique de monésia laissait déposer au bout de quelque temps un précipité rosé ou blanchâtre assez abondant. Voulant connaître la nature de ce dépôt, nous l'avons d'abord fait bouillir avec de l'alcool à 35 D. dans le but de le priver de toute la matière colorante; il fut alors égoutté et séché, puis traité à chaud par de l'eau aiguisée d'acide sulfurique. Après une ébullition convenable on ajouta un peu de noir animal, on filtra bouillant, et la moitié du liquide évaporé laissa avec le sulfate de chaux un sel blanc qui se détruisit par la calcination à l'air en laissant un peu de charbon et de carbonate de chaux. L'autre moitié, additionnée d'acétate de plomb en quantité suffisante, fournit à froid un précipité blanc. Ce précipité lavé et égoutté, mis en ébullition dans l'eau et filtré bouillant, nous en obtînmes, par l'évaporation du liquide, de petits cristaux aiguillés reconnus pour du *malate de plomb*.

Ce sel mis en contact avec du sulfure de barium dissout dans l'eau a donné lieu à un sulfure de plomb et à un liquide d'où on isola, à l'aide d'une addition ménagée d'acide sulfurique, l'acide malique avec les principaux caractères qui distinguent ce produit.

Traitement par l'eau.—A la suite de l'éther et de l'alcool, nous avons fait agir l'eau distillée bouillante sur l'écorce épuisée en grande partie de ses principes; le liquide enleva cependant encore de la matière colorante rouge, des traces de tannin, de matière âcre de glycyrrhizine, etc., mais aucune de fécule amylacée.

La liqueur contenait de la *gomme* ou un principe de ce genre et quelques sels de potasse, sulfate chlorure, malate sans doute, peu importants d'ailleurs.

Résidu insoluble provenant des précédents traitements. — La partie ligneuse résultant de ces divers traitements était encore légèrement rosée; elle fut soumise :

1° A l'action de l'acide hydro-chlorique étendu;

2° De la potasse;

Et 3° à la calcination.

Phosphate terreux et malate de chaux. — Au moyen de l'eau acidulée nous avons isolé une certaine quantité de sels calcaires, qui ont été précipités en saturant l'acide par l'ammoniaque en excès; le dépôt contenait du *malate de chaux* qu'il nous a été facile de reconnaître, et après sa calcination nous avons trouvé du *phosphate de chaux* mêlé de traces de *phosphate de magnésie*.

Pectine ou acide pectique.—En traitant le résidu par l'eau alcalisée au moyen de la potasse pure, nous avons isolé, entre autres substances distinctes, de la *pectine* ou *acide pectique*.

Oxydes de fer et de manganèse.— Enfin le résidu soumis à ces deux traitements et bien lavé fut calciné fortement pour détruire toute la fibre ligneuse qui en formait la majeure partie. Il nous est resté quelques traces de phosphate et de carbonate calcaire (provenant du malate) échappés à l'acide, puis de l'oxyde de fer avec des indices de manganèse et de silice.

Principe aromatique.—Une certaine quantité de monésia fut distillée avec l'eau et le produit cohobé plusieurs fois; la liqueur recueillie n'avait qu'une odeur à peine sensible. Agitée avec l'éther sulfurique pur et ce véhicule séparé par décantation, nous avons eu après l'évaporation complète un résidu légèrement gras au toucher, presque impondérable et d'une odeur particulière aromatique. La très-minime proportion de ce produit, d'ailleurs sans importance réelle, nous empêche de nous prononcer sur ce point.

Il résulte des essais que nous venons de présenter que l'écorce de monésia contient, sur cent parties sèches, savoir :

1° Principe aromatique, *traces impondérables;*

---

(1) La crainte de ne pas obtenir la matière âcre de monésia assez pure pour la soumettre à l'analyse élémentaire nous a jusqu'ici empêché de faire cette épreuve, qui n'aurait pu démontrer alors son rapprochement avec la *saponine*.

(2) Voici en quelques mots les caractères de cette écorce et sa composition chimique.

Elle est en morceaux rugueux, crevassés, fibreux, d'une couleur gris-cendré extérieurement, blanchâtre intérieurement, elle laisse apercevoir à l'œil nu une foule de points brillants quand on les brise. La poudre fournie par cette écorce est grise, excite vivement la toux et l'éternument, et développe une saveur âcre sur la langue.

Cette écorce donne à l'analyse quelques principes peu importants, mais on y remarque une substance qui se rapporte à la *saponine* ou à la *monésine* pour la plupart de ses caractères. Cette substance dissoute dans l'alcool rectifié bouillant, est soluble dans l'eau, s'hydrate et peut fournir une poudre blanche très-âcre; séchée à une douce chaleur, elle se desséche en plaques ayant l'aspect d'une gomme, mais sans apparence de cristallisation; humectée d'eau, cette matière ainsi desséchée se gonfle et devient blanchâtre en paraissant s'hydrater. Traitée par l'acide nitrique à chaud cette substance s'est dissoute et a laissé précipiter une poudre jaune très-amère, soluble dans l'alcool soit à chaud soit à froid.

2° Matière grasse cristallisable (*stéarine*), chlorophylle et cire, 1,2
3° Glycyrrhizine, 1,4
4° *Monésine* (matière âcre analogue à la *saponine*). 4,7
5° Tannin ou acide tannique, 7,5
6° Matière colorante rouge assez semblable à celle du quinquina ou du cachou, 9,2
7° Gomme, petite quantité, inappréciée
8° Acide malique, } 1,3
9° Malate de chaux.
Phosphate de chaux,
— de magnésie,
Sulfate de potasse,
Chlorure de potassium, } 3,0
Malate de potasse,
10° Oxydes de fer, de maganèse, silice.
11° Acide pectique ou pectine,
12° Ligneux ou fibre ligneuse, } 71,7
Et perte,

100,0

§ III. *Préparations pharmaceutiques.*—Les formes pharmaceutiques sous lesquelles le monésia a été employé jusqu'à présent sont les suivantes:

1° Un extrait obtenu par l'eau;
2° Un sirop;
3° Une teinture hydro-alcoolique;
4° Une pommade;
5° La matière âcre ou *monésine*.

Extrait de monésia.—Nous avons préparé cet extrait en épuisant avec l'eau froide et par la méthode de déplacement l'écorce de monésia réduite en poudre grossière et évaporant en consistance d'extrait sec à l'aide de la vapeur libre ou du bain-marie.

Sirop de monésia simple.—Prenez :

Sirop de sucre blanc,	9 kil. 800 gr.
Extrait sec de monésia,	100 gr.
Eau pure,	100 gr.

Ce sirop contient 1 pour 100 de son poids d'extrait de monésia (six grains par once).

Sirop de monésia composé.—Sirop de monésia simple, 1 kilog.
Extrait de pavots blancs, 16 décig.
Eau de fleur d'oranger, 30 gram.

Teinture hydro-alcoolique de monésia.—Extrait de monésia, 0 kil. 500 gr.
Eau pure, 7 500
Alcool à 34 2
Cette teinture contient 5 pour 100 de son poids d'extrait (30 grains par once).

Pommade au monésia. — Huile d'amandes douces, 4 kilog.
Cire blanche, 2
Extrait de monésia, 1
Eau, 1

Monésine ou matière âcre. — La monésine s'obtient en épuisant l'écorce par l'alcool à 25 D. chaud; on ajoute à cette teinture un excès de chaux éteinte en poudre fine; par l'agitation le liquide se décolore ; il se fait un magma rouge brun, retenant la matière colorante et le tannin. La glycyrrhizine, l'acide malique, etc., combinés avec la chaux, l'alcool retient en solution la monésine. Il faut distiller cette liqueur claire, évaporer à siccité, et reprendre le résidu par l'eau froide, additionnée d'un peu de charbon animal; en filtrant et rapprochant de nouveau à sec à la chaleur du bain-marie, on obtient un produit jaune friable qui, réduit en poudre, constitue la *monésine ;* avec cette poudre on peut préparer toutes les formules médicales telles que pilules, sirop, pommade, etc.

Telles sont les recherches chimiques dont jusqu'à ce jour le monésia a été l'objet ; elles indiquent une substance pourvue de propriétés astringentes; elles nous font reconnaître qu'il ne contient aucun principe dangereux, mais cela ne suffit pas : puisqu'il s'agit d'un médicament, c'est à l'expérimentation clinique de donner la mesure de son importance, d'indiquer les cas dans lesquels il est utile, ceux dans lesquels il serait inutile ou nuisible. La chimie donne des indications générales sur les propriétés probables des substances pharmaceutiques, mais elle ne dit pas le dernier mot sur les propriétés réelles ; le quinquina guérissait les fièvres intermittentes long-temps avant la découverte de la quinine; il en était de même de l'éponge calcinée pour le goître avant la découverte de l'iode ; la chimie ne nous apprend point encore pourquoi l'écorce de racine de grenadier tue le tœnia et le mercure guérit la vérole ; sans s'arrêter au *divinum quid* pour expliquer l'action des médicaments, il faut convenir qu'il y a pour beaucoup d'entre eux un *ignotum quid* que la chimie ne fait pas toujours connaître, ou qu'elle ne découvre que long-temps après que ses propriétés ont été constatées et utilisées ; nous devions donc surtout étudier l'action du monésia sur l'homme, soit à l'état sain, soit à l'état de maladie ; c'est ce qui a été fait depuis environ trois ans, et nous allons faire connaître les résultats des observations de MM. les docteurs Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Baron, médecin de l'hôpital des Enfants ; A. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker; Buchey, Daynac, Fisher, Henri de Saint-Arnould, Hervez de Chégoin, médecin de la maison royale de santé ; Koreff, Laurand, Lisfranc, chirurgien en chef de la Pitié ; Mancel, Martin Saint-Ange, Manec, chirurgien en chef de la Salpêtrière ; Marx, chirurgien de la Force ; Monod, chirurgien de la Maison royale de santé ; Payen; Trousseau, professeur à la Faculté de médecine (à Paris); Adrien, (à Crécy); Barnetche, professeur (à Bordeaux); Guilbert (à St.-Dizier); Forget, professeur (à Strasbourg) ; Mesnard, médecin, et Maher, chirurgien de l'hôpital de la Marine (à Rochefort); G. Noverret (à la Martinique); Bil-

ling, Holmes, T. W. Jones. Ruppel, Sigmond (à Londres); Beatties, Graves (à Dublin); Nancrède (à Philadelphie); l'Herminier (à la Guadeloupe), etc., etc.

§ IV. *Histoire médicale.* — D'après les renseignements fournis par l'analyse chimique, d'après les observations faites sur les sujets sains, et dont nous rendrons compte plus tard, et surtout d'après la connaissance des maladies dans lesquelles les indigènes du pays emploient le monésia, les essais ont dû d'abord être dirigés vers les affections caractérisées par l'atonie générale ou locale, les flux sanguins ou séreux, et ce n'est que plus tard et par extension que cet extrait a été tenté contre d'autres maladies.

Nous allons rendre compte de ces divers essais en commençant par les cas dans lesquels le médicament a été employé intérieurement.

A. *Usage intérieur du monésia.* — Les maladies dans lesquelles le monésia a été administré par l'estomac sont les suivantes :

Bronchite, hémoptysie, phthisie pulmonaire, faiblesse d'estomac, vomissements, diarrhée, gastro-entérite, leucorrhée, métrorrhagie, blennorrhagie, scrofules, scorbut.

Nous allons mentionner les résultats obtenus dans chacun de ces cas, et nous rapporterons les observations qui nous ont paru les plus remarquables.

Bronchite. — Le monésia a été fréquemment administré dans la période chronique de ces maladies, le plus souvent seul, quelquefois uni à l'opium; dans le plus grand nombre de cas il a paru exercer sur l'état catarrhal une modification avantageuse, en agissant tout à la fois comme tonique général, en rendant l'expectoration plus facile et moins abondante, et la respiration plus libre.

Hémoptysie. — Dans plusieurs cas où l'hémorrhagie pulmonaire se prolongeait et résistait aux divers moyens qui réussissent le plus souvent (la saignée, les astringents, la ligature des membres, etc.), l'extrait de monésia a fait cesser le crachement de sang.

Phthisie pulmonaire. — Sans avoir une efficacité *directe* contre la phthisie pulmonaire, le monésia a été favorable à la plupart des malades auxquels il a été administré comme favorisant l'expuition, diminuant les crachats, et servant la nutrition par l'action tonique qu'il exerce sur l'estomac. Nous verrons plus loin combien il a été utile contre une des complications les plus redoutables de cette maladie, la diarrhée.

M. A. Bérard a obtenu de très-bons effets du monésia dans un cas où le trouble des fonctions de l'appareil respiratoire lui a fait croire à une phthisie pulmonaire commençante.

Faiblesse d'estomac. — Le monésia exerce une influence très-favorable sur l'acte de la digestion, et secondairement sur la nutrition; il a été très-souvent conseillé avec avantage dans le cas de langueur des fonctions digestives; il a été administré à des femmes épuisées, soit par de longues maladies, soit par des pertes énormes de sang; sur une malade surtout (Obs. par M. Payen) la faiblesse était portée au point que le moindre mouvement déterminait une syncope; l'extrait de monésia a ranimé l'estomac, fait reparaître l'appétit, facilité les digestions, et l'état des forces s'est amélioré d'une manière notable. M. Maher de Rochefort a donné le monésia à une demoiselle chlorotique qui éprouvait une inappétence absolue, ce médicament a fait renaître l'appétit, et M. Maher espérait, par son usage, amener l'estomac à supporter les préparations ferrugineuses, ce qu'il n'avait pu faire jusque-là. D'après divers essais, M. Genoverret, à Saint-Pierre (Martinique), espère remplacer avec avantage les ferrugineux par le monésia dans la maladie connue aux Antilles sous le nom de mal d'estomac; dans tous ces cas, d'autres toniques ou astringents de nature ou de forme variées avaient été tentés presque sans aucun résultat.

Vomissements. — L'un de nous (M. Payen) a plusieurs fois prescrit le monésia à des malades tourmentés, le matin surtout ou à l'approche du repas, par des envies de vomir et quelquefois par des vomissements de matière filante comme albumineuse; chez une dame, cet état paraissait se rattacher à l'existence de tubercules pulmonaires, des purgatifs, des amers, la magnésie, avaient été employés inutilement, le monésia a fait disparaître ce symptôme en peu de jours. Un semblable résultat a été obtenu sur plusieurs enfants qui étaient dans le même cas; sur une petite fille de deux ans, faible, décharnée, chez laquelle existaient à la fois une diarrhée très-abondante et des vomissements opiniâtres qui reconnaissaient pour cause un engorgement énorme (probablement tuberculeux) de la rate; le monésia a calmé les vomissements et suspendu la diarrhée.

M. Adrien, de Crécy, a donné le monésia à deux enfants chez lesquels la diarrhée était accompagnée de vomissements; ces deux accidents ont fini par céder en moins de quinze jours.

Gastrites, gastro-entérites. — Dans ces maladies passées à l'état chronique, alors qu'il y a indication d'employer quelques toniques, le monésia a réussi lorsque d'autres substances de cette nature avaient échoué. Les succès qu'on en a obtenus sont tels, que M. Adrien établit comme une proposition qui lui paraît incontestable, que le monésia peut être administré, non seulement sans danger, mais avec un avantage réel pendant

la période inflammatoire des gastro-entérites dont il paraît abréger la durée.

Dans plusieurs des observations communiquées par ce praticien, on voit que la langue était sèche au milieu, rouge sur les bords ; malgré ces conditions, il a conseillé le monésia et il s'en est bien trouvé.

La diarrhée est un des symptômes contre lesquels le monésia s'est montré le plus efficace à quelque cause qu'elle se rattachât ; ainsi dans les diarrhées accidentelles passagères qui succèdent à des écarts de régime comme dans les diarrhées des phthisiques, même celles qui dépendent d'ulcérations intestinales ; dans la diarrhée symptomatique d'affections organiques des viscères abdominaux, le foie, la rate, l'utérus, comme dans les diarrhées si communes et si souvent opiniâtres qu'on observe chez les sujets très-nerveux ou chez ceux qui ont eu antérieurement des affections graves du tube intestinal, la dysenterie, par exemple, l'efficacité du monésia a été presque constante.

Les observations recueillies sous ce rapport sont très-nombreuses et décisives. A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sur quarante-deux sujets atteints de diarrhée à différents degrés, M. Alquié a vu trente-six fois la maladie céder à l'usage du monésia. Dans vingt-quatre cas il a été pris par l'estomac, dans douze autres il a été donné en lavement. Les mêmes faits, plus nombreux encore, et non moins concluants, se sont présentés à l'observation de ce praticien à l'hôpital militaire de Metz et à celui du Gros-Caillou, à Paris. MM. Baron, Laurand, Manec, Martin Saint-Ange, Adrien, Maher, Barnetche ont observé chacun un grand nombre de faits analogues. M. Monod, qui a fréquemment employé le monésia dans des cas de diarrhées, et avec un plein succès, nous a communiqué les deux observations suivantes :

Obs. I. — Un homme de trente-cinq ans était affecté depuis plusieurs années d'un dévoiement opiniâtre qui avait produit de l'amaigrissement et une faiblesse considérable ; des traitements variés avaient échoué ; l'extrait de monésia donné à la dose de quatre-vingts centigrammes par jour amena une amélioration rapide. Après quinze jours les évacuations étaient normales, et le malade, qui avait repris des forces et de l'appétit, put retourner dans son pays. Six mois après il n'y avait pas eu de recidive.

Obs. II. — Un jeune homme de vingt-quatre ans, affecté de diarrhée chronique, offrait tous les signes qui peuvent faire craindre des ulcères intestinaux. Mis au riz pour unique nourriture, et traité par le monésia, il a obtenu une guérison prompte et que n'avaient pu lui procurer un grand nombre de moyens qui avaient été antérieurement employés.

M. Mesnard a employé le monésia dans dix-huit cas de diarrhée survenus la plupart chez des sujets actuellement atteints ou convalescents de fièvres intermittentes. Dans tous il a obtenu la cessation des symptômes qui chez plusieurs d'entre eux avaient résisté aux opiacés. D'après ces observations M. Mesnard conclut que le monésia est un astringent qui devra être préféré à la plupart de ceux que possède la matière médicale dans les colites dues à un refroidissement subit, et dans lesquelles il n'y a qu'une irritation superficielle et légère de la muqueuse intestinale.

M. Baron a employé plusieurs fois et avec succès le monésia contre les diarrhées opiniâtres qui étaient apparues pendant la convalescence de fièvres typhoïdes. L'un de nous, dans un grand nombre de cas de diarrhées dans lesquels il a employé le monésia et presque toujours avec succès, a rencontré plusieurs phthisiques chez lesquels le dévoiement entretenu par des ulcérations intestinales avait résisté à tous les astringents et a cédé au monésia qui, dans ce cas, n'avait pas, comme l'opium, l'inconvénient d'augmenter les sueurs. Chez deux enfants entre autres, portant des tubercules dans les poumons et dans le mésentère et qui avaient une diarrhée abondante presque depuis la naissance, le monésia administré dans les quinze derniers jours de la vie a suspendu le dévoiement,

Ce qui est remarquable, c'est que non seulement le monésia arrête ou suspend le dévoiement, mais qu'il fait encore disparaître les coliques. Il est inutile d'ajouter que le monésia n'arrête définitivement la diarrhée que lorsqu'il n'existe pas dans les intestins des altérations organiques incurables; mais dans ce dernier cas, même pour les ulcérations intestinales des phthisiques, il suspend ce flux d'une manière plus prompte et plus sûre que les autres moyens employés ordinairement sans avoir les inconvénients de quelques-uns d'entre eux et le plus souvent la suspension de la diarrhée persiste plus long-temps.

Nous ajouterons, comme un fait digne d'être noté d'après l'efficacité presque constante que le monésia présente contre la diarrhée, que nous avons rencontré un petit nombre de cas dans lesquels il n'a exercé aucune influence. Sur un malade entre autres chez lequel la diarrhée ne tenait pas à une affection organique, le monésia a complètement échoué, l'opium avait été également sans aucune action, et ces deux médicaments donnés ensemble ont maîtrisé enfin cette diarrhée, qui avait été fort opiniâtre.

Dysenterie. — C'est surtout contre cette maladie que les naturels du pays où croît l'arbre du monésia emploient l'extrait de cette écorce, et ce sont les résultats très-avantageux qu'ils obtiennent contre cette affection intestinale si grave dans les pays chauds qui ont fixé l'attention du voyageur qui nous l'a fait connaître; il n'est donc pas douteux qu'en Europe on n'obtienne les mê-

mes résultats; les occasions de vérifier cette prévision se sont plus rarement offertes, mais les succès qu'ont obtenus MM. Mesnard et Maher dans plusieurs cas de ce genre ne laissent guère de doutes à cet égard.

L'expérience indiquera dans quelle période de la dysenterie on doit recourir au monésia, et elle fera connaître si ses effets sont les mêmes suivant que l'inflammation occupe une couche plus ou moins profonde des parois intestinales.

Choléra, cholérine. — Le choléra épidémique qui a parcouru l'Europe il y a quelques années avait disparu lorsque le monésia est arrivé en France; il eût été assurément très-intéressant d'observer l'influence que ce médicament aurait exercée sur un des principaux symptômes de cette cruelle maladie. Dans les observations qui nous ont été transmises nous n'en avons trouvé qu'une de choléra et une de cholérine. Toutes deux sont dues à M. Adrien.

Dans un de ces cas il s'agit d'une enfant qui offre tous les signes du choléra. Les vomissements et les garde-robes cessent une heure après l'administration du monésia; mais les syncopes, le refroidissement, les crampes continuent, et la petite malade meurt huit heures après la cessation des évacuations.

Dans l'autre cas une enfant de onze mois est affectée de cholérine grave, les vomissements et les évacuations alvines étaient pour ainsi dire continuels. Le traitement se compose de sinapismes, pour lutter contre le refroidissement et les syncopes, et du monésia. Ce dernier médicament arrête presque immédiatement les vomissements et ralentit les selles, la diarrhée cesse le deuxième jour, et l'enfant se rétablit parfaitement.

Vaginite.—Bien que le monésia n'ait pas contre la leucorrhée une efficacité aussi constante que contre la diarrhée, on a pourtant obtenu de ce médicament des effets fort remarquables, surtout si l'on a égard à l'opiniâtreté ordinaire de cette maladie.

M. Baron a observé un cas de vaginite chronique d'origine probablement syphilitique avec ulcérations au museau de tanche. Un traitement anti-vénérien n'avait rien produit sur l'écoulement, qui était fort abondant. La maladie datait d'un an, on avait employé des bains, des sangsues, des injections d'abord émollientes, puis astringentes, des cautérisations. Plus tard on emploie le nitrate acide de mercure, les bains sulfureux, les vésicatoires, etc. Malgré ces moyens, l'écoulement vaginal augmenta; on fit des injections avec la teinture de monésia étendue d'eau. Après trois semaines l'écoulement avait disparu; il se reproduisit un mois après et les memes injections le firent cette fois définitivement disparaître.

Dans un autre cas de leucorrhée observé par le même médecin, l'écoulement très-abondant était d'un blanc jaunâtre; il s'accompagnait de douleurs aux reins et aux aines; des bains, des sangsues, des injections émollientes et laudanisées avaient été inutilement mis en usage pendant un mois. M. Baron prescrivit des injections de monésia, malgré l'état encore aigu de la maladie; après quinze jours de ce traitement l'écoulement avait complètement cessé et n'a plus reparu.

L'un de nous a vu une malade chez laquelle le monésia, administré à deux reprises différentes par l'estomac, a augmenté considérablement la leucorrhée (qui était de nature suspecte). Enfin le monésia a été tenté une troisième fois, mais alors en injections, et l'écoulement qui, pendant plusieurs mois, avait résisté à une médication très-active et très-variée, a cédé pour ne plus reparaître.

M. Adrien, de Crécy, nous a communiqué une observation importante aussi. Une dame, sujette à quelques flueurs blanches à l'approche de ses règles, contracte avec son mari une blennorrhagie très-intense qui s'accompagne de gonflement à la vulve, de dysurie, de fièvre, de douleurs aux lombes, etc. L'écoulement très-abondant en devient verdâtre. Après cinq mois l'écoulement cesse brusquement, et en même temps apparaissent de vives douleurs du ventre qui s'étendent aux aines, aux fosses iliaques, au périnée. L'abdomen est tendu, il y a une céphalalgie intense. A l'aide de moyens appropriés l'écoulement reparaît et ces accidents cessent. Le D. Adrien prescrivit alors l'extrait de monésia à l'intérieur et des injections avec la teinture. En moins de quinze jours l'écoulement disparut, et avec lui les tiraillements d'estomac et tous les malaises qu'il entraînait à sa suite.

Des observations très-nombreuses qui ont été recueillies sur les cas de leucorrhées et du petit nombre de celles que nous avons rapportées, il résulte que dans la majorité des cas le monésia a produit des effets avantageux, que c'est surtout sous forme d'injections qu'il a le mieux réussi; que cependant l'usage intérieur de cette substance peut être utile en même temps, parce que l'action tonique que le monésia exerce sur l'estomac est une chance de plus en faveur de la suppression de l'écoulement.

Métrorrhagie.—Le monésia a été fort utile dans des cas assez nombreux de perte utérine. Il a réussi alors que beaucoup d'autres astringents avaient échoué, et en général il a modéré et supprimé l'hémorrhagie plus promptement que les autres moyens qu'on prescrit en pareille circonstance.

Dans deux cas observés par M. Alquié le monésia a fait cesser les douleurs utérines en même temps que la perte.

M. Daynac pense, d'après l'expérience

qu'il en a faite, que le monésia réussit mieux pour modérer les pertes utérines que tous les autres moyens usités en pareil cas. Nous-mêmes avons prescrit le monésia à plusieurs malades, dont deux étaient obligées de garder le lit pendant quinze jours à chaque époque menstruelle. L'effet immédiat a été une diminution notable de ce flux sanguin, et après cinq ou six mois l'écoulement était revenu à son abondance normale. Dans des cas moins graves, et chez des femmes maigres ou qui approchent de l'âge critique et dont les règles sont assez abondantes pour les affaiblir beaucoup, nous avons prescrit avec avantage le monésia dans les 10 jours qui précédaient chaque époque menstruelle.

M. Martin Saint-Ange a publié plusieurs observations de métrorrhagie dans lesquelles il a eu à se louer du monésia. Dans l'un de ces cas, les boissons froides, les ligatures sur les membres, les ventouses et autres révulsifs avaient été employés sans succès; 18 à 20 grains (1 gramme) d'extrait de monésia n'exercèrent sur la perte aucune influence; la malade était d'une faiblesse extrême, le pouls était à peine sensible; notre confrère prescrivit alors 12 pilules de 20 cent. chaque à prendre par une toutes les heures; la perte s'arrêta le même jour et ne reparut plus.

Dans un autre cas les moyens ordinaires ne réussissant pas, et le seigle ergoté ayant déterminé des vomissements, M. Martin eut recours au monésia, dont il fit donner à chaque heure une pilule de 20 cent.; à la quatorzième l'hémorrhagie cessa; elle reparut ensuite et avec force sous l'influence de quelques bouillons froids; dix pilules la firent définitivement cesser. On continua l'usage du monésia à plus petite dose pendant quelques jours, et la malade se rétablit complètement. Plus récemment M. Martin Saint-Ange a donné, dans un cas de perte utérine, la matière âcre du monésia à la dose de 15 cent.; la perte cessa le jour même.

Ces observations suffisent pour montrer que le monésia a de l'action sur l'utérus, alors que ses fonctions sont dérangées sans qu'il existe d'affection organique.

Quelques essais que nous avons faits nous autorisent à penser que dans le cas d'ulcérations même cancéreuses de cet organe, le monésia pourra encore être utile; nous reviendrons sur ce sujet.

Blennorrhagie, blennorrhée. — Administré par l'estomac, dans la période chronique, le monésia n'a eu que peu ou pas d'action sur les écoulements de l'urètre; en injections dans le canal il a été utile un certain nombre de fois, peut-être dans la moitié des cas.

M. Maher, de Rochefort, cite deux observations sur cette maladie: dans l'une les douleurs de la fosse naviculaire ont diminué, mais l'écoulement a augmenté; dans l'autre le flux blennorrhagique résistait opiniâtrément, depuis plus de huit mois, à l'emploi intérieur du baume de copahu, du poivre cubèbe, aux injections de solution de deutochlorure de mercure, d'azotate d'argent; les injections de teinture de monésia ont amené la guérison qui ne s'est pas démentie depuis. M. Martin Saint-Ange a employé le monésia seize fois en injections, il a réussi dans la moitié des cas.

Scrofules. — M. Daynac a obtenu la résolution d'engorgements scrofuleux par l'emploi intérieur du monésia, mais il recommande d'en continuer long-temps l'usage. M. Martin Saint-Ange, qui a employé ce médicament avec succès dans plusieurs cas du même genre, a publié deux observations fort remarquables dont nous allons donner un extrait :

Obs. I.—Un jeune homme de dix-sept ans portait au petit doigt de la main gauche trois fistules entretenues par la carie d'une phalange; il existait sur le dos de la main et au coude gauche un gonflement scrofuleux. La plaque tuméfiée du coude était ulcérée à son centre, l'origine de ce mal ne remontait qu'à huit mois. Les plaies du doigt furent saupoudrées avec la matière âcre du monésia. Après quelques jours les parties molles se détuméfièrent et au bout de vingt jours les fistules étaient fermées. Alors les tissus malades du dos de la main devinrent le siége d'ulcérations dont la matière âcre procura la guérison en quelques jours. La plaie du coude persistait parce qu'on avait continué à dessein le pansement avec du cérat.

Peu de temps après les fistules du doigt reparurent, l'ulcération du coude s'agrandit, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, il y subit un traitement intérieur, y prit des fumigations, des bains sulfureux, etc. Il sortit un mois après dans un état pire que lorsqu'il était entré. Alors M. Martin-St-Ange conseilla l'extrait de monésia à l'intérieur à la dose de trois grammes par jour et trente grammes de teinture; les plaies furent pansées avec du *cérat ordinaire*. Tout était guéri après trente-cinq jours de ce traitement. On continua cependant le monésia, mais à dose décroissante, jusqu'au cinquantième jour.

Depuis, le mal ne s'est pas reproduit, et on peut espérer une guérison durable.

Cette observation met en relief les propriétés du monésia, puisque, d'abord, cette substance est assez active pour faire cicatriser des ulcérations entretenues par une cause constitutionnelle, et que, lorsqu'elles se sont reproduites, l'usage intérieur du monésia, sans aucune application locale, suffit pour amener de nouveau la guérison qui, cette fois, est définitive. Ces réflexions sont en tout applicables à l'observation qui suit :

Obs. II.—M. ...., âgé de quarante ans, s'aperçut dans les premiers jours d'avril 1839 de l'apparition d'une tumeur indolente à la région inguinale gauche. Plusieurs médecins consultés, entre autres M. Martin Saint-Ange, portèrent un pronostic rassurant. Cependant M. Lisfranc regarda cette tuméfaction, qui n'était encore que locale, comme liée à une affection générale.

L'engorgement gagna toutes les glandes de l'aine, celles de la fosse iliaque, et bientôt il en fut de même de celles du côté opposé. Il survint enfin des ulcérations. Les médications les plus variées furent prescrites par divers médecins et suivies avec une rare persévérance par le malade, mais toutes échouèrent, et lorsque quelque moyen procura du soulagement, il ne fut jamais de longue durée.

M. Martin Saint-Ange voulut donc tenter le monésia et le malade fut mis à l'usage de 2 gram. d'extrait par jour, 30 gram. de teinture et de 180 gram. de sirop dans une décoction de houblon; on pansa les plaies avec la pommade au monésia; il survint dès lors une amélioration notable, mais une constipation très-opiniâtre obligea de suspendre l'usage intérieur du médicament. Les plaies devinrent aussitôt plus larges et plus fongueuses. La poudre d'extrait et la teinture furent essayées en pansement, mais inutilement. Il était évident que l'administration intérieure du monésia avait seule produit du soulagement; on revint donc à son usage en donnant tous les matins deux verres d'eau d'Enghien et un lavement émollient. Les plaies, quoique pansées avec du cérat simple, s'améliorèrent de nouveau; les glandes de la fosse iliaque diminuèrent, les ganglions de l'aine se ramollirent et suppurèrent; les plaies se cicatrisèrent. La maladie, loin d'envahir de nouvelles surfaces comme on devait le craindre, se localisa, et à l'époque de la publication de cette observation M. Martin Saint-Ange espérait une guérison complète.

De ces observations et d'autres analogues, ce praticien conclut que pour obtenir la guérison des ulcères scrofuleux il faut employer le monésia à l'intérieur pendant vingt-cinq à quarante jours et quelquefois davantage à la dose de quatre à cinq grammes par jour.

Scorbut. — Dans un cas de scorbut bien prononcé, avec pétéchies sur les extrémités inférieures, ramollissement et saignement des gencives, épistaxis très fréquent, qui avait nécessité plusieurs fois le tamponnement des fosses nasales, M. Laurand a obtenu une guérison complète en donnant chaque jour et progressivement, à l'intérieur, un à deux grammes d'extrait en pilules; le malade fut mis à l'usage de gargarismes avec cinq grammes de teinture par cent vingt-cinq grammes d'eau miellée, et il inspirait par les narines de l'eau acidulée, contenant trente-deux grammes de teinture par cinq cents grammes d'eau. Ces inspirations firent cesser l'hémorrhagie; celles faites avec l'eau acidulée, sans addition de monésia, n'avaient pas réussi.

M. Henri de Saint-Arnoult nous a communiqué une observation du même genre qui est extrêmement remarquable. M. V., âgé de quatre-vingts ans, remarqua, au commencement d'août 1840, quelques pétéchies sur ses jambes ; ces tâches se multiplièrent, il en parut aux mains, à la face, au cuir chevelu, bientôt il survint un ramollissement et un gonflement notables des gencives, qui laissaient échapper continuellement une abondante quantité de sang, la bouche devint très fétide; plus tard, il parut aux gencives, aux joues et aux lèvres des ulcérations fongueuses qui furent touchées avec l'acide muriatique pur, le malade fit usage en gargarismes d'eau acidulée avec les acides hydrochlorique et sulfurique, d'eau aluminée de décoction de quinquina ou de noix de galle, etc., sans que le flux sanguin fût en aucune façon modifié; l'eau hémostatique de Chapelain fut employée sans plus de succès; à l'intérieur, les toniques de tout genre furent prescrits, le vin anti-scorbutique, le quinquina, les bouillons gras, le vin vieux, etc., etc.; les symptômes, décrits précédemment, persistaient dans toute leur intensité. Cet état durait depuis une dizaine de jours, le malade s'affaiblissait et M. Henri ne savait plus à quels astringents avoir recours. Il prescrivit alors le monésia à l'intérieur à la dose de 40 grains par jour (20 décigrammes). Après deux jours, on observait déjà une grande amélioration, on diminua la dose du monésia, et peu de jours après le sang cessa complètement de couler par les gencives qui restèrent encore tuméfiées pendant quelque temps.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est la promptitude de l'effet du médicament, alors que tous les autres avaient été inutiles, et la petite quantité qui a été nécessaire pour obtenir ce résultat, puisque M. V. n'a consommé que seize à dix-huit grammes d'extrait de monésia.

B. Emploi topique du monésia.

Si, dans la plupart des maladies dont nous venons de parler, le monésia a exercé une influence incontestable et favorable, nous allons voir qu'il en sera de même dans les cas où il a été employé topiquement, et on peut dire que ce qui a été obtenu dans plusieurs d'entre eux est le meilleur témoignage de la grande efficacité de cette substance.

Nous considérons comme application topique l'emploi direct de l'extrait pur, de la pommade, de la teinture ou de la monésine sur les parties malades, et nous comprenons dans ce mode d'administration les injections et les lavements.

Les maladies dans lesquelles le monésia a été employé sous cette forme sont les suivantes :

Ulcères cutanés, engelures ulcérées, gerçures du mamelon, ophthalmies, épistaxis, stomatite, maladies des dents et des gencives, hémorrhoïdes, fissures à l'anus, fistule recto-vaginale, blennorrhagie, ulcérations du col de l'utérus, leucorrhée.

Ulcères cutanés. — Le monésia a été fréquemment usité pour des cas de ce genre : ulcères atoniques, variqueux aux jambes, ulcères syphilitiques, gangreneux, pourriture d'hôpital, ulcères produits par des brûlures. Dans tous les cas, il a avantageusement et promptement modifié les surfaces malades,

et lorsque la douleur était intense, son premier effet a été de la modérer. Sous l'influence de la pommade ou de l'extrait en poudre ou de la teinture, l'ulcère perd son aspect blafard, les bourgeons charnus s'élèvent, prennent une bonne consistance, une couleur vive, et généralement la guérison ne se fait pas attendre.

Nous citerons les résultats généraux qui ont été obtenus, et quelques-uns des faits les plus remarquables parmi ceux qui ont été observés.

M. Baron a guéri un chancre vénérien qui avait résisté au traitement général par le mercure, en le pansant avec l'extrait sec; il a obtenu la cicatrisation en huit jours.

MM. Barnetche, à Bordeaux, et Maher, à Rochefort, ont obtenu la cicatrisation d'ulcères cutanés rebelles en les pansant avec le monésia.

Indépendamment des observations précitées de M. Martin Saint-Ange, sur des ulcères scrofuleux, ce praticien a employé comme topique le monésia (pommade, extrait sec, monésine) sur plus de quinze sujets portant des ulcères syphilitiques ou scrofuleux plus ou moins anciens, dont un remontait à quinze ans; il a obtenu dans tous les cas une amélioration prompte.

M. Manec, faisant à la Pitié le service de M. Lisfranc, a eu à traiter un ulcère serpigineux qui occupait le pli de l'aine et une grande partie des côtés antérieur et interne de la cuisse; le mal datait de six ans. D'après les conseils de MM. Lisfranc et J. Cloquet, le malade avait mis en usage des traitements anti-scorbutique, anti-scrophuleux et anti-syphilitique, sans aucun résultat; on avait, en outre, à plusieurs reprises, cautérisé l'ulcère avec le nitrate acide de mercure, sans en obtenir d'amélioration. M. Manec prescrivit des pansements avec la pommade au monésia, et en moins de trois semaines la surface de l'ulcère diminua jusqu'à ne plus présenter que l'étendue d'une pièce de cinq francs. A cette époque le malade voulut sortir de l'hôpital, ce qui est fort à regretter, car il est probable qu'on aurait obtenu une cicatrisation complète; peut-être la guérison aurait-elle été plus prompte encore si on avait d'abord employé la matière âcre et ensuite l'extrait pulvérulent sec. Quoi qu'il en soit de cette supposition, cette observation est une des plus remarquables de toutes celles qui ont eu le monésia pour objet.

M. Monod a recueilli deux faits du même genre qui méritent d'être rapportés.

Obs. I. — Une femme de soixante-dix ans portait sur le dos du nez un tubercule qui fut jugé cancéreux et enlevé à l'hôpital de la Clinique. Il en résulta un ulcère rongeant qui fut attaqué à trois reprises par le nitrate acide de mercure et la pâte arsenicale; le tout sans succès. L'ulcère offrait huit à dix lignes de diamètre; les bords étaient durs, irréguliers, le fond était formé par la muqueuse nasale et le bord antérieur de la cloison. Une nouvelle cautérisation aurait ouvert les narines. L'ulcère fut saupoudré avec l'extrait du monésia et pansé avec des bandelettes de sparadrap. Dès le lendemain il avait meilleur aspect; il diminua rapidement, et il fut complètement cicatrisé au bout de quinze jours. M. Monod a appris, depuis, que quelques mois après la cicatrice s'était rompue et qu'un nouvel ulcère s'était formé. Cette récidive, qui met hors de doute le caractère cancéreux de la maladie, rend d'autant plus curieux le fait de la cicatrice obtenue rapidement par l'extrait de monésia.

Obs. II. — Un homme de quarante ans portait sur la peau de l'aile gauche du nez un tubercule qui fut cautérisé à plusieurs reprises et infructueusement par le nitrate d'argent. On l'enleva avec le bistouri, mais la cicatrice fit bientôt place à un ulcère qui se ferma après avoir été cautérisé avec le nitrate acide de mercure, puis se rouvrit peu de temps après. C'est alors que le malade entra à la maison royale de santé; il portait à l'aile gauche du nez un ulcère reposant sur un engorgement dur, violacé, avec rétraction et froncement de la peau du nez et de la joue. L'engorgement était le siége de douleurs lancinantes. Pour enlever le mal il aurait fallu sacrifier une grande partie de l'aile du nez et attaquer profondément la joue. On se borna à panser l'ulcère avec la poudre de monésia et des bandelettes de diachylon, et on donna à l'intérieur des pilules composées d'alun et de sulfate de fer. Les douleurs ont promptement diminué, l'engorgement s'est réduit et l'ulcère s'est entièrement fermé. Un an après la guérison s'était maintenue, et il n'était rien survenu qui pût faire craindre une récidive.

Nous-même, nous avons souvent employé le monésia sur des ulcérations de la peau et nous en avons obtenu des résultats très avantageux. Entre plusieurs observations remarquables nous citerons les suivantes :

Obs. I. — Une femme épuisée, portant à la région lombaire un engorgement qui tenait probablement à la carie des vertèbres, avait eu plusieurs abcès ouverts à l'extérieur, le long de la branche droite de l'os maxillaire inférieur; il en était résulté une dénudation de la peau dans l'étendue d'une pièce de 5 fr., et il existait sur ce point quatre orifices fistuleux. Le périoste était presqu'à nu et sensiblement tuméfié. Cet état existait depuis dix mois. A l'origine la cicatrisation avait eu lieu, mais peu de jours après le décollement et la suppuration avaient reparu. Le désordre augmentait par suite de l'amaigrissement croissant de la malade. Les applications de quinquina, d'écorce de chêne; les préparations d'iode, les incisions faites pour réunir les fistules, l'ébarbement des lambeaux, rien n'avait modifié l'aspect blafard de cette ulcération. La pommade au monésia, employée d'abord seule, puis rendue plus active en saupoudrant le plumasseau avec l'extrait sec, a suffi en un mois pour amener une cicatrisation complète. Résultat d'autant plus remarquable que l'état général continuait à s'aggraver, que la fièvre hectique, la diarrhée, épuisaient la malade, qui a fini par succomber plusieurs mois après. (L'ulcération s'était rouverte dans les derniers jours de la vie.)

Obs. II. — Un homme de quarante-cinq ans, après trois mois d'un traitement énergique qui avait été employé contre une pleuro-pneumonie très-intense, portait encore à la poitrine un des

vésicatoires qui avaient été nécessaires. La surface de cet exutoire était sillonnée par des enfoncements dans lesquels une partie de l'épaisseur de la peau était réduite à l'état de pulpe grisâtre extrêmement fétide, tout-à-fait comparable à la pourriture d'hôpital. Les douleurs étaient atroces comme cela a lieu dans cette grave complication des plaies. Le cérat opiacé avait été inefficace; les pansements avec la décoction de quinquina n'avaient pas mieux réussi. La première application de pommade au monésia a calmé les douleurs ; en deux jours le vésicatoire a repris son aspect rosé, et il a ensuite marché promptement vers la guérison.

Les résultats que nous avons obtenus dans ces divers cas nous ont engagé à expérimenter le monésia sur des engelures ulcérées; chez plusieurs sujets nous avons obtenu la cicatrisation de ces déchirures et la résolution de l'engorgement violacé qui leur avait donné naissance, en saupoudrant abondamment les surfaces vives avec l'extrait de monésia et en enveloppant les orteils ou les doigts avec des compresses trempées dans un mélange de deux parties d'eau et d'une partie de teinture. Nous pensons qu'on pourrait avantageusement employer la teinture pure ou coupée avec parties égales d'eau pour empêcher la crevasse des engelures.

Nous avons obtenu aussi, par ce moyen, la disparition de la démangeaison qui est si fatigante dans ce cas.

La teinture de monésia a été tentée sur deux enfants affectés d'ophthalmies purulentes et confiés aux soins de M. Martin Saint-Ange ; divers collyres avaient été tentés sans succès ; un mélange de vingt-cinq à trente gouttes de teinture par once d'eau a amené promptement une guérison complète.

Nous avons nous-même conseillé souvent des collyres composés d'eau de teinture de monésia et de laudanum dans des cas d'ophthalmies chroniques rebelles, et nous nous en sommes bien trouvé.

Epistaxis.—Dans deux cas d'hémorrhagie nasale opiniâtre, se reproduisant plusieurs fois par jour, depuis plusieurs semaines, chez des enfants faibles, pour lesquels ces pertes n'étaient point un moyen de soulagement, nous avons supprimé promptement ces flux sanguins en donnant le monésia à l'intérieur et en faisant renifler de l'eau fortement chargée de teinture ou faisant aspirer par le nez, en guise de tabac, une pincée d'extrait en poudre.

Stomatite. — Les inflammations pseudo-membraneuses de la bouche ont fourni des exemples décisifs de l'activité et de l'efficacité du monésia. Sur plusieurs cas de stomacace diphtéritique, nous avons employé comparativement les cautérisations avec le nitrate d'argent ou l'acide muriatique étendu d'eau, ou les applications d'alun d'une part et le monésia de l'autre sur le même sujet, et nous avons obtenu plus promptement avec le monésia qu'avec les agents précités la modification qu'on cherche à produire sur les plaques malades. Dans un cas de stomatite gangréneuse observée sur un enfant à la mamelle, qui nous fut confié, lorsque déjà une ulcération avait perforé la lèvre inférieure, nous cautérisâmes profondément avec l'acide hydrochlorique concentré, et ensuite le monésia appliqué en poudre sur la perforation avait fini par déterger la plaie et déterminer le développement de bourgeons charnus de bonne nature lorsque l'enfant périt d'adynamie.

Sur un autre enfant de six ans une plaque de diphtérite gangréneuse avait détruit complètement la gencive vis-à-vis d'une des canines inférieures, une petite portion du bord alvéolaire fut nécrosé et la dent tomba; nous employâmes d'abord la monésine qui arrêta immédiatement les progrès de l'ulcération, et ensuite l'extrait appliqué en poudre et des gargarismes avec la teinture complétèrent la guérison.

Cette observation a de l'importance en ce que le monésia est le seul médicament auquel on ait eu recours.

Maladie des dents. — M. Buchey, chirurgien dentiste, a fréquemment employé le monésia ; il a remarqué qu'il ralentissait la marche de la carie et la destruction des dents; il a observé qu'uni à l'extrait d'opium et introduit dans la cavité d'une dent douloureuse, il avait souvent calmé les douleurs plus efficacement que l'opium seul. M. Buchey recommande l'usage habituel de la teinture pour entretenir le bon état des gencives.

Hémorrhoïdes. — Nous avons plusieurs fois employé le monésia contre des hémorrhoïdes enflammées et très douloureuses. Dans ce cas, un bourdonnet de charpie recouvert de pommade et saupoudré d'extrait de monésia a calmé la douleur plus efficacement que l'onguent populéum, l'extrait d'opium, les fumigations, etc. Dans un cas où les hémorrhoïdes enflammées étaient en partie retenues à l'intérieur de l'anus, nous avons immédiatement modéré les souffrances en introduisant une sorte de suppositoire fait avec une feuille de poirée, enduite de pommade roulée sur elle-même et saupoudrée d'extrait sec. Nous avons encore employé le monésia, mêlé au beurre de cacao, sous forme de suppositoires dans le cas de chute du rectum.

Fissures à l'anus. — Le monésia a été très efficace contre ces lésions, et nous croyons devoir analyser avec quelques détails les observations qui ont été recueillies.

Le premier sujet sur lequel le monésia ait été expérimenté est un adulte confié à nos soins et qui portait, depuis cinq ans, deux fissures, qui, long-temps indolentes, étaient, depuis quelques mois, devenues le siége d'un malaise intolérable. Huit cautérisations avec le nitrate d'argent et l'introduction, pendant cinq semaines, de mèches cératées

et belladonées, avaient amené la cicatrisation de l'une des fissures, mais l'autre persistait, et nous pensions que l'incision était le seul moyen de la guérir, lorsque nous songeâmes au monésia. Des mèches de petit volume, c'est-à-dire employées comme pansement et non comme moyen de dilatation, furent introduites après avoir été graissées et saupoudrées ensuite d'extrait sec. La guérison eut lieu en cinq ou six jours.

Le docteur Manec ayant à traiter une dame qui portait deux fissures situées au niveau du sphincter, l'une en avant, l'autre en arrière, introduisit des mèches enduites de pommade au monésia et saupoudrées d'extrait sec; la guérison fut complète en quinze jours.

Nous avons eu ensuite à donner des soins à une dame qui a offert un exemple trop curieux de fissures multiples et successives pour que nous ne donnions point ici l'histoire abrégée de sa maladie.

Obs. I. — Madame C. M.... éprouvait depuis quelques mois à l'anus les malaises que les fissures occasionnent et, sympatiquement, elle ressentait à l'épigastre de violentes douleurs. La cause de ces accidents avait été méconnue, et divers moyens avaient été employés sans produire aucun soulagement. Nous constatâmes l'existence, en arrière de l'orifice de l'anus, de deux fissures, longues de quatre à cinq lignes et placées très-près l'une de l'autre. Des mèches de très-petit volume, préparées comme il a été dit, furent introduites dans le rectum. Après douze jours de ce mode de pansement l'une des fissures était cicatrisée, l'autre ne le fut que le vingtième jour. Nous continuâmes l'usage des mèches jusqu'au vingt-cinquième, et la guérison fut complète.

Trois mois après madame C. M..... souffrit de nouveau, et l'examen de l'anus nous fit reconnaître deux fissures nouvelles situées en avant, c'est-à-dire au point diamétralement opposé à celui qu'avaient occupé les premières, dont la guérison était parfaite. Nous arrivâmes immédiatement aux mèches, mais il semblait que la période aiguë des fissures n'était pas terminée, car pendant quelques jours elles continuèrent à croître surtout en hauteur. Nous résolûmes alors d'expérimenter la monésine, et pour obtenir un point de comparaison nous n'en appliquâmes que sur une seule fissure. Le lendemain la surface qui avait été saupoudrée de cette matière âcre était grisâtre, recouverte d'une couche pultacée qui se détacha bientôt. Nous fîmes une seconde application et la fissure se trouva ainsi guérie en douze jours, tandis que l'autre était restée dans un état stationnaire. Deux applications de monésine modifièrent la surface de cette seconde fissure, et les pansements avec l'extrait sec suffirent ensuite pour amener la guérison après une dizaine de jours.

Moins d'un mois s'était écoulé qu'une nouvelle fissure parut, et dans un point autre que ceux qui avaient été occupés par les fissures précédentes; elle était plus extérieure. Nous nous bornâmes à la saupoudrer d'extrait sec, que nous avions soin de faire pénétrer exactement jusqu'à son fond. Cette gerçure céda en quelques jours, mais une nouvelle se forma bientôt, et il parut successivement dans tous les points de la circonférence de l'anus une série de petites fissures toutes fort douloureuses qui se succédèrent pendant six semaines, et dont le nombre, en comprenant celles dont j'ai déjà parlé, fut au moins d'une douzaine. Ces lésions de la muqueuse pouvaient jusqu'à un certain point s'expliquer par l'excessive finesse de la peau de la malade et par l'existence d'une constipation que rien ne pouvait vaincre. Quoi qu'il en soit, nous craignions d'être obligé de pratiquer un ou deux débridements au sphincter. Mais la malade repoussait toute idée d'opération, elle refusait même l'introduction des mèches, et nous dûmes nous borner à déployer exactement les plis de l'anus pour dessécher complètement avec l'extrait le fond des deux ou trois gerçures qui existaient toujours simultanément. Plus tard nous fîmes prendre, le matin après les garde-robes, un petit lavement avec addition de trente grammes de teinture. Le résultat de ces soins a été la cicatrisation successive de toutes ces fissures; et la guérison n'a pas été compromise depuis plus de trois mois. Peut-être ce dernier résultat est-il dû à ce que jusqu'à présent madame C. M.... a continué d'employer les injections de teinture dont nous venons de parler.

Nous n'avons pas eu occasion d'employer contre les fissures à l'anus le monésia; comme le professeur Trousseau a récemment conseillé d'employer la ratanhia, il est très probable que cette substance réussirait également, quoique nous pensions qu'il y a une grande différence entre le mode d'action de l'un ou de l'autre de ces agents, administré en lavements, dans l'intention de remédier à la dilatation du rectum, et l'application directe à l'état pulvérulent sur les surfaces malades.

Nous avons publié, dans la Gazette médicale, l'histoire d'une fistule recto-vaginale, avec intégrité du sphincter de l'anus, survenu, au moment de l'accouchement, chez une femme primipare. Après 3 semaines de soins assidus, la fistule et une déchirure peu étendue du périnée étaient dans le même état qu'au moment de l'accouchement. Des lotions et des injections avec la teinture étendue d'eau et l'application de l'extrait en poudre sur le périnée et sur la fistule par le vagin, ont ranimé les chairs, fait tomber la fausse membrane que recouvraient les ulcérations, ont soutenu le ton des parties voisines, et le monésia a eu ainsi indirectement, une influence incontestable sur la guérison qui a été complète; car tout récemment cette dame vient d'accoucher de nouveau, et la déchirure ne s'est pas reproduite.

L'effet produit par le monésia sur les fissures à l'anus nous a conduit à employer cette substance sur les gerçures des mamelons qui sont si douloureuses chez les nourrices; nous avons rencontré plusieurs cas de ce genre, et, dans tous, le monésia a d'abord calmé la douleur et il a promptement amené la cicatrisation des gerçures. Nous pensons que pour ces lésions on doit préférer la forme pulvérulente à toute autre.

Blennorrhagie. — Nous avons mentionné précédemment les effets produits par les injections dans le cas d'écoulement de l'urètre; c'est à peu près le seul mode d'admi-

nistration par lequel on ait obtenu quelques guérisons.

Ulcérations du col de l'utérus.— M. Adrien, de Crécy, nous a transmis une observation intéressante sous le rapport du monésia.

Une dame de quarante-cinq ans portait à la lèvre antérieure du museau de tanche une large ulcération à fond grisâtre. Le reste du col était gonflé, d'un rouge intense, le vagin était humecté par des mucosités blanches et abondantes; la malade éprouvait des douleurs aux lombes, aux aines, à l'hypogastre, des ardeurs dans le vagin, etc. Le repos, les bains, les injections, les frictions sur les aines avec une pommade iodurée; les cautérisations pratiquées deux fois par semaine avec le nitrate acide de mercure produisirent en un mois une amélioration sensible; mais à partir de ce moment l'état de la malade resta stationnaire, et bientôt les douleurs reparurent, l'ulcération s'étendit de nouveau et l'écoulement redevint plus abondant. M. Adrien pratiqua encore quelques cautérisations avec le nitrate d'argent; mais de plus il fit faire des injections avec la teinture de monésia étendue d'eau. A partir de ce moment l'ulcération fit de rapides progrès vers la guérison. Après un mois elle fut complètement cicatrisée et l'écoulement avait totalement disparu.

D'après ce fait et quelques autres analogues, que nous avons observés, nous pensons que, même dans les cas d'ulcérations du col utérin, on pourrait tirer de grands avantages du monésia, employé comme topique, en en appliquant directement l'extrait sur le point malade et en employant la teinture en injections.

Nous ajouterons à ce qui a été dit au sujet de la métrorrhagie que dans un cas où nous n'avions obtenu aucun résultat du monésia pris à l'intérieur et à haute dose, du seigle ergoté, des sinapismes, du repos, des ligatures sur les membres, etc., les injections ont paru produire un excellent effet, car de ce moment la perte a été en diminuant d'une manière très-sensible.

Nous rappellerons ici qu'il a été question des injections au monésia dans la leucorrhée, à l'occasion de ce qui a été dit de l'usage intérieur du médicament contre cette maladie.

Enfin nous avons employé une seule fois les injections au monésia dans le vagin pour un de ces cas de démangeaison d'ardeur aux parties sexuelles dont quelques femmes sont tourmentées d'une manière si incommode. Les lotions avec le sous-carbonate de potasse, avec l'eau de Barège, avec l'eau de Goulard, la solution de sublimé dans l'eau alcoolisée, l'eau aluminée, etc., n'avaient produit aucun soulagement; les injections au monésia ont diminué en quelques jours cette incommodité, et l'ont ensuite fait disparaître complètement.

M. le professeur Trousseau, qui en ce moment même expérimente comparativement à l'hôpital Necker les principaux médicaments astringents, et qui a compris le monésia dans les substances qu'il étudie a bien voulu nous faire connaître les bons effets qu'il en a obtenus dans les diarrhées atoniques, les diarrhées des phthisiques, même celles qui s'accompagnent d'un certain degré d'inflammation intestinale dans les catarrhes pulmonaires chroniques, les hémoptysies prolongées, etc.

Nous serons heureux de pouvoir profiter un jour des observations faites par le savant professeur de thérapeutique, et nous attendrons leur publication avec d'autant plus d'impatience, que nous avons la confiance qu'elles confirmeront l'exactitude des faits que nous avons avancés.

Dans tout ce qui précède, nous n'avons fait aucune mention des observations que M. le professeur Forget a insérées dans le bulletin de thérapeutique, nous devons à la haute position qu'occupe ce médecin, et à l'estime que nous professons pour son caractère et son talent, d'expliquer cette omission.

A l'époque de la publication de cet article, M. Forget n'avait employé le monésia que sur cinq malades; dans deux cas, les sujets étaient voués à une mort prochaine et inévitable (affection organique du foie, phthisie pulmonaire au troisième degré); le monésia a été employé sur un sujet pendant quatre jours, sur l'autre pendant six, et abandonné parce que la diarrhée persistait. Dans un troisième cas de diarrhée, on a cessé le monésia le deuxième jour, parce que le médecin redoutait la constipation. Dans un cas d'hémoptysie, le sang a augmenté pendant deux jours qu'on a expérimenté le monésia. Enfin, dans une cinquième observation, des ulcérations *larges, rebelles, végétantes*, survenues par suite d'applications de pommade stibiée, ont été guéries en *quelques jours* par la pommade de monésia, mais le professeur pense qu'on aurait obtenu une cicatrisation plus prompte par l'emploi de l'acétate de plomb ou de nitrate d'argent.

Nous avons cru ne pas devoir user de ces observations, parce qu'il est évident pour nous que le médicament a été expérimenté pendant un trop petit nombre de jours pour qu'on puisse rigoureusement établir quels auraient été les résultats définitifs qu'on aurait obtenus d'un emploi plus prolongé.

Quoi qu'il en soit, les conclusions de M. le professeur Forget sont : « Que le monésia est un astringent comme le cachou, la ratanhia, sauf la plus grande proportion de matière douce qui s'y rencontre,—qu'il fournira un utile succédané aux toniques astringents déjà connus, etc.»

Et nous avons eu la satisfaction d'entendre l'éloquent professeur de Strasbourg nous dire que l'expérience qu'il avait acquise sur ce médicament, en continuant à l'employer, l'avait de plus en plus convaincu de l'exactitude de ces conclusions.

§ V. *Du mode d'action du monésia.* — En

nous occupant du mode d'action du monésia, notre intention n'est pas de rechercher la cause première de son activité, nous n'avons même pas la prétention d'établir que les effets thérapeutiques produits doivent être plus particulièrement attribués à tel ou tel des principes qui le constituent. Dans un résumé essentiellement pratique comme celui que nous avons entrepris, l'important pour nous était de grouper les faits analogues, d'établir que le monésia était doué de propriétés thérapeutiques incontestables, de déterminer les cas dans lesquels il est le plus utile et ceux dans lesquels il l'est moins; continuant à envisager cette substance sous le même point de vue, nous allons examiner les impressions que le monésia produit sur nos organes, et les modifications qu'il amène dans leurs fonctions.

Et d'abord étudions l'action du monésia pris à l'intérieur par un sujet en santé.

Lorsqu'on maintient dans la bouche quelques grains d'extrait de monésia, la muqueuse buccale n'est pas séchée comme lorsqu'on la met en contact avec de certains astringents, le cachou, par exemple, les fruits acerbes, etc. On perçoit cette saveur sucrée que nous avons mentionnée, puis une saveur âcre vient s'y joindre et domine bientôt la première. Cette âcreté s'étend alors aux amygdales et surtout à la paroi postérieure du pharynx, qui semble être pour elle un lieu d'élection, car elle est plus vive là que partout ailleurs, et si le contact est prolongé, cette sensation peut aller en ce point jusqu'à la douleur et persister pendant plusieurs heures.

A la dose de six à huit grains, le monésia ingéré dans l'estomac ne produit pas d'effets immédiats appréciables. Si on en continue l'usage pendant plusieurs jours à cette dose il active sensiblement la digestion, et il excite l'appétit. Les pilules de monésia administrées de la sorte sont de véritables *pilules gourmandes*. Enfin, si les intestins sont aussi dans l'état normal, il produit une constipation modérée.

Si au contraire on ingère à la fois dans l'estomac sain et vide une trentaine de grains d'extrait de monésia, alors il survient de la chaleur, une sorte de pesanteur à l'épigastre, de la constriction à la gorge; dans d'autres cas on éprouve un sentiment de plénitude à l'estomac, comme celui que produit une digestion difficile. Cette impression persiste pendant plusieurs heures; enfin, une constipation très-prononcée succède aux effets que nous venons de décrire et qui ont été observés à plusieurs reprises sur plusieurs personnes et sur nous-même.

En état de maladie, dans celles même où l'estomac et les intestins sont le siége d'un certain degré d'inflammation, le monésia à l'intérieur ne détermine ni primitivement ni secondairement aucun sentiment de chaleur épigastrique, ce qui est d'autant plus remarquable, que nous l'avons vu produire ces sensations sur des sujets sains; que conservé dans la bouche il irrite le pharynx, que nous verrons que son application est souvent très-douloureuse sur les plaies, qu'enfin nous avons eu occasion de voir trois personnes chez lesquelles une pilule s'était arrêtée dans le pharynx ou dans quelque anfractuosité des amygdales, et dans les trois cas il survint une douleur très-vive au pharynx, une esquinancie éphémère qui dura plusieurs heures.

Si le monésia n'excite localement sur l'estomac aucune irritation, il n'en détermine pas davantage généralement, et nous n'avons jamais observé qu'il produisît une stimulation de tout l'organisme.

Dans plusieurs cas, au contraire, nous avons vu que le monésia, pris par l'estomac, produisait un effet calmant sur l'organe malade (dans la métrorrhagie par exemple). Appliqué topiquement, l'extrait de monésia détermine, sur les plaies, les ulcères, une première impression douloureuse; le plus souvent c'est de la chaleur; quelquefois les malades éprouvent des picotements lancinants, mais l'effet consécutif se fait bientôt sentir, et lorsque les ulcérations étaient le siége de douleurs vives, celles-ci cessent bientôt. Quant à l'action organique produite sur les solutions de continuité, le monésia a surtout pour effet de les rendre moins humides, il donne aux bourgeons charnus plus de consistance, il dessèche, pour ainsi dire, leur surface, de sorte qu'après peu de jours il semble qu'ils soient recouverts d'une pellicule qui forme souvent l'origine de la cicatrice.

Nous avons rencontré quelques sujets profondément scrophuleux chez lesquels le monésia appliqué topiquement sur des ulcérations cutanées, a complètement échoué; dans ces cas nous avons quelquefois vu l'ulcération s'étendre en largeur et en profondeur, la suppuration devenir plus abondante sous l'influence de l'extrait en poudre; nous avons dû cesser ce mode d'administration et nous croyons que c'est un des cas dans lesquels le monésia doit être administré à l'intérieur.

La monésine, mise en contact avec une solution de continuité de la peau ou de l'origine des muqueuses, cause ordinairement une douleur vive; elle détermine, après quelques heures, la sécrétion d'une exsudation plastique, et l'ulcération se recouvre d'une pellicule grise, d'une sorte de fausse membrane, qui quelquefois reste adhérente à la surface malade et forme la base de la cicatrice, mais qui d'autres fois s'enlève comme la portion touchée par le nitrate d'argent, car il existe entre les actions des deux agents une grande analogie. Dans ce dernier cas, on trouve sous cette pellicule les bourgeons charnus plus vifs, plus soutenus qu'avant l'application de la monésine et mieux disposés pour le travail de la cicatrisation; il peut être nécessaire d'appliquer ainsi plusieurs fois la monésine, mais il ne

faut pas en abuser, car on pourrait augmenter inutilement l'étendue des ulcérations qu'on veut guérir (1).

D'après ce qui a été dit précédemment on a vu que le monésia avait eu des effets avantageux dans presque tous les cas où il a été employé comme topique, et que, dans le cas où il a été administré par l'estomac, c'est surtout contre les maladies de l'appareil digestif qu'il a été efficace et principalement contre la diarrhée; n'est-il pas permis de supposer qu'alors encore le monésia agit par son application directe, et n'est-ce pas en produisant sur les ulcérations intestinales un effet analogue à celui qu'il produit sur les ulcères de la peau, qu'il a fait cesser la diarrhée dans des cas où elle était manifestement entretenue par l'ulcération de la muqueuse digestive?

Enfin nous ferons remarquer que le monésia, semblable en cela à tous les médicaments actifs, a quelquefois augmenté les symptômes qu'on avait espéré faire cesser par son usage, des écoulements sont devenus plus abondants, etc.; quelquefois encore dans des cas qui semblaient identiques à ceux dans lesquels ce médicament avait réussi, il n'a produit aucun résultat. M. Monod a fait cette remarque importante, nous-même nous avons rencontré de ces cas, mais nous devons dire qu'ils sont beaucoup moins nombreux que ceux dans lesquels le monésia a eu une action évidemment favorable.

§ VI. *Mode d'administration.* — Jusqu'à présent l'extrait de monésia et la monésine ont été seuls employés. Nous n'avons point expérimenté l'infusum, le decoctum, le vin préparé, etc.

L'extrait de monésia se donne à l'intérieur à la dose de huit à douze décigrammes, soit en teinture (seize à vingt-quatre grammes), soit en sirop (cent à cent vingt-cinq grammes), soit en pilules et plus ordinairement sous cette dernière forme (les pilules préparées à l'avance contiennent 1 décigramme d'extrait pur).

Dans les cas peu graves, diarrhée, métrorrhagie modérée, etc., ces doses suffisent; mais dans la dysenterie, les diarrhées opiniâtres entretenues par des ulcérations intestinales, la métrorrhagie abondante, il est souvent nécessaire de donner jusqu'à deux grammes par jour.

Nous avons plusieurs fois, dans ces cas, prescrit toutes les heures, pendant douze ou quinze deux pilules chaque fois de un décigramme chacune; enfin, dans des maladies constitutionnelles comme le scorbut, les scrofules, il faut continuer long-temps l'usage du médicament, donner au moins deux grammes (1/2 gros) par jour et augmenter les doses de temps en temps, jusqu'à quatre à cinq grammes par jour.

En général on doit prescrire le monésia à l'intérieur dans les bronchites, les hémoptysies, les vomissements, les diarrhées, les métrorrhagies, les scrofules, le scorbut; on peut joindre des injections dans la métrorrhagie, des lavements avec la teinture dans la diarrhée, etc.

Au contraire, dans la leucorrhée, la blennorrhée, le meilleur mode d'administration est d'employer les injections, mais on peut dans quelques cas y joindre avec avantage l'usage intérieur.

Dans le cas où on aurait recours à la teinture à l'intérieur, on devra tenir compte de la très-petite quantité d'alcool qu'elle contient (le 1/5 de son poids); on la donne dans un peu d'eau sucrée ou de tisane amère; quant au sirop, par la facilité de son administration, il est surtout préférable pour les enfants ou pour les personnes qui, en faisant un usage habituel, en prennent des doses peu considérables qu'elles varient souvent. Nous avons dit qu'il avait été quelquefois utile d'associer l'opium au monésia. Dans quelques cas de bronchites nous nous sommes bien trouvés d'ajouter une certaine quantité d'extrait de pavot blanc dans ce sirop (huit décigrammes pour cinq cents grammes). Pour l'usage externe, les injections, les lotions, on coupe la teinture avec six à douze fois son poids d'eau, quelquefois on peut l'employer moins étendue (imbibitions, gargarismes). Dans quelques cas de diarrhées colliquatives rebelles, on se trouve très-bien de donner des quarts de lavements avec dix à trente grammes de teinture.

L'extrait à l'extérieur s'emploie en pommade avec laquelle on enduit à l'ordinaire les plumasseaux, les mèches de charpie, etc. Si les ulcères tardent à s'améliorer, on saupoudre leur surface avec l'extrait pulvérisé avant d'appliquer la pommade; si l'ulcération est plus rebelle ou qu'elle soit très limitée, comme pour les fissures à l'anus, les gerçures du sein, etc., il faut la recouvrir d'une couche d'extrait assez épaisse pour absorber toute l'humidité, dessécher complètement sa surface et appliquer ensuite les pièces de pansement.

La monésine n'a encore été employée qu'une seule fois à l'intérieur; M. Martin Saint-Ange en a donné trois grains (quinze centigram.) pour une perte utérine rebelle qui a cessé promptement.

Quant à l'emploi topique sur des ulcérations de la peau ou de l'origine des muqueuses, il faut employer beaucoup moins de monésine que d'extrait sec; il est même assez difficile de répartir uniformément cette

(1) Nous devons dire que nous avons employé comparativement la saponine et la monésine, et nous avons trouvé une grande analogie entre les effets produits par ces deux substances; mais nos expériences n'ont point été assez répétées pour pouvoir dire si quelques différences, que nous avons observées, tiennent à la différence de ces principes ou si cela tenait aux individus. En général, nous avons cru remarquer que la fausse membrane produite par la monésine était plus épaisse, plus consistante.

matière parce qu'elle forme des grumeaux. En général, on peut dire que la surface de la plaie ne doit pas en être complètement couverte ; nous avons précédemment fait la recommandation de ne pas multiplier cette application au delà de ce qui est nécessaire.

§ VII. — Les divers écrits qui ont été publiés sur le monésia sont les suivants :

1° Mémoire manuscrit qui est entre les mains des commissaires nommés par l'Académie de médecine, par M. Martin Saint-Ange.

2° Tableau synoptique qui présente un essai analytique et un certain nombre d'observations. In-folio, par le même.

3° Notice sur le monésia, publiée, en 1839, par M. Bernard Derosne. In-8°, 16 pages.

4° Nouvelles observations pratiques sur l'emploi du monésia en médecine, par G.-J. Martin Saint-Ange. In-8°, 16 pages.

5° Recherches chimiques (par M. Heydenreich) et cliniques, sur un nouveau médicament appelé monésia, par M. Forget. Bulletin de Thérapeutique. Tome 16, 1839, p. 199.

6° De l'emploi du monésia en médecine, par G.-J. Martin Saint-Ange. Gazette médicale, 1839, 19 octobre. (Cet article a été traduit dans l'Examinateur médical de Philadelphie; mars 1840.)

7° Note sur quelques médicaments brésiliens (un article est consacré au monésia), par M. Guibourt. Journal de pharmacie, novembre 1839.

8° Buchez. Du monésia et du bon effet de son administration dans les affections scrophuleuses. Journal des connaissances médico-chirurgicales, avril 1840.

9° J.-F. Payen. Quelques faits relatifs à l'emploi du monésia à l'extérieur (Gazette médicale, janvier 1840). Observations sur une déchirure de la cloison recto-vaginale et sur des fissures à l'anus, traitées avec succès par l'extrait de monésia (*ead.*, avril 1840). Nouvelle observation sur une guérison de fissures à l'anus par le monésia (*ead.*, août 1840).

Ces observations ont été analysées dans la Revue médicale, dans l'Expérience (septembre 1840), et dans l'Écho de la littérature médicale française; elles ont été citées par le professeur Trousseau dans le mémoire qu'il a publié sur la guérison des fissures à l'anus par la ratanhia. (Journal des connaissances médico-chirurgicales, août 1840.)

10° Remarks on the monesia, by Joseph-G. Nancrède, M. D. (The medical Examiner Philadelphia, april. 1840.)

11° Le journal médical anglais *The Lancet*, juillet 1840, a donné un article sur le monésia.

12° Instruction sur l'emploi du monésia, demi-feuille in-4°.

13° The Dublin, journal of medical science. Dublin, sept. 1840, n° 52, pages 127, 131. Traduction presque littérale de la notice indiquée sous le n 3.

14 Revue scientifique et industrielle. Paris, septembre 1840. Quelques mots sur le monésia et le buranem à l'occasion de la ratanhia (ce court article renferme plusieurs inexactitudes).

15° Sur l'emploi du monésia, par M. Vée. Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie, octobre 1840.

16° Journal des connaissances médico-chirurgicales, novembre 1840. Huit observations recueillies par le docteur Adrien (de-Crécy).

BERNARD-DEROSNE, O. HENRY,
F.-J. PAYEN.

Note sur une nouvelle préparation du sirop de baume de Tolu.

Bien que la préparation du sirop de Tolu, telle qu'elle est indiquée par les auteurs, semble, par sa simplicité, ne pas être susceptible de grandes améliorations, et qu'elle remplisse assez exactement le but que se propose le pharmacien, il ne nous a cependant pas paru sans quelque utilité de publier une modification dans les procédés employés jusqu'ici, modification dont nous faisons usage depuis long-temps dans notre officine. En effet, la simplification des formules, et, par suite, du mode d'exécution des opérations, est chose tellement importante en pharmacie, qu'il n'est pas de recherches dont le résultat, si minime soit-il, puisse être à dédaigner, lorsque l'on veut arriver à cette fin.

Le procédé du *Codex*, qui prescrit l'emploi d'une forte quantité de baume (cent vingt-cinq grammes) pour une proportionnellement faible de sucre et d'eau (sucre, mille; eau, cinq cents), a le double désavantage d'être long et très-dispendieux, lorsqu'on veut le mettre à exécution tel qu'il est indiqué. Tous les pharmacologistes se sont accordés à trouver la proportion du baume beaucoup trop élevée pour celle du véhicule, à tel point, même, que sans rien changer au reste de l'opération, un pharmacien très-distingué a assuré obtenir des résultats satisfaisants en la diminuant de moitié.

M. Planche, dans le but de réduire encore la proportion du baume de Tolu, en évitant la perte qu'entraînaient nécessairement les procédés ci-dessus, crut pouvoir avec avantage se servir de l'alcool; il mettait une quantité déterminée de teinture alcoolique saturée de baume de Tolu, en contact avec l'eau pure ; il filtrait, puis ajoutait l'eau balsamique à une égale quantité en poids de sucre blanc, cuit à la grande plume; il faisait bouillir pour chasser l'alcool, et laissait reposer dans un vase couvert. Ce procédé a, sans contredit, l'avantage de diminuer la quantité de baume employée; mais, outre que l'on ne peut jamais, en le suivant, être positivement sûr de la quantité de baume mise en usage, on est obligé de mélanger à

l'eau une proportion considérable de teinture, partant, de faire bouillir long-temps le sirop pour le débarrasser de tout l'alcool qu'il renferme. Cette ébullition prolongée fait nécessairement perdre au sirop une notable partie de l'arome que lui a communiqué la teinture.

C'est donc au procédé de M. Planche que j'ai fait subir une modification, dont je me réserve d'expliquer plus loin les avantages.

Prenez :	Baume de Tolu,	90	grammes.
	Alcool à 33,	100	—
	Eau commune,	1000	—
	Sucre blanc,	2000	—

Le sucre étant réduit en poudre grossière, on fait dissoudre à chaud le baume dans l'alcool, et l'on verse la liqueur bouillante sur le sucre que l'on agite avec une spatule, afin de l'humecter dans toutes ses parties, puis on l'abandonne à lui-même pendant dix-huit ou vingt-quatre heures, dans une terrine recouverte d'une gaze fine, en ayant soin toutefois de remuer le mélange de temps en temps, dans le but de favoriser la volatilisation de l'alcool. Au bout de ce temps, le sucre est parfaitement sec, d'une couleur rose pâle, et conserve au plus haut degré l'odeur aromatique du baume; on introduit alors le sucre et l'eau dans un ballon de verre, dont on ferme légèrement l'ouverture en la coiffant d'un simple papier, et l'on fait dissoudre au bain-marie à une douce chaleur, en agitant le mélange jusqu'à ce que la dissolution soit complète. On laisse refroidir lentement, on filtre au papier, et l'on obtient un sirop parfaitement transparent, très aromatique et fort agréable.

Je crois, ai-je dit, avoir reconnu à ce procédé plusieurs avantages *réels* sur ceux précédemment cités :

1° Sur celui du *Codex*, d'abord, en ce que j'emploie une quantité de baume de près de deux tiers moins forte, sans que le sirop ainsi préparé soit pour cela moins chargé de principes aromatiques, puisque je dissous dans l'alcool une quantité de ces principes plus considérable que ne le peut faire l'eau simple.

2° Tandis que M. Planche se sert de la teinture alcoolique saturée, et ne peut, par conséquent, toujours obtenir des résultats absolument identiques, j'emploie, dans ma formule, un poids connu et déterminé de baume de Tolu ; de plus, pour la même quantité de sirop, la proportion d'alcool est, par mon procédé, diminuée d'un quart au moins, bien que celle de baume employée soit supérieure à celle dont se servait M. Planche, ce qui tient à ce que le baume de Tolu est plus soluble dans l'alcool à chaud qu'à froid.

3° Le mode d'élimination que j'ai adopté pour l'alcool me paraît également préférable. Le sucre présentant une large surface qui rend plus facile et plus rapide l'évaporation de l'alcool, on est dispensé de recourir à l'ébullition prolongée à laquelle on était obligé de soumettre le sirop pour en chasser toute la partie spiritueuse, ébullition qui, je l'ai déjà fait remarquer, devait nécessairement priver le sirop d'une partie des principes aromatiques qui constituent exclusivement ses propriétés.

4° Enfin, la manipulation me semble être réduite au maximum de simplicité.

Je crois en avoir dit assez pour que l'on puisse apprécier, si je ne me trompe, les avantages que présente sur les autres le nouveau mode de préparation que je propose pour le sirop de baume de Tolu.

LOURADOUR, pharm.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

Nouvelle classification des tempéraments, par M. Fourcault, de l'Académie de médecine.

La nouvelle classification des tempéraments dont nous allons essayer de rendre compte est digne de fixer l'attention; elle jette un grand jour sur les obscurités qui, jusqu'ici, ont environné ce sujet important, et sur lequel on trouverait difficilement, dans les annales de la science, des notions satisfaisantes. La question sans doute est épineuse. Les nuances variées que présente l'organisation individuelle ne permettent guère de composer des types certains. Toutefois, il y a des analogies incontestables; et, si elles n'ont pas été reconnues, cela tient peut-être moins encore à l'incertitude de la matière qu'à la manière vicieuse dont elle a été étudiée.

En effet, la doctrine des tempéraments n'a jamais été approfondie pour elle-même; chacun l'a envisagée du point de vue des opinions dominantes ou de ses idées personnelles. Si elle a fait quelques progrès, c'est à son insu, traînée à la remorque des systèmes et des théories médicales. Long-temps elle a reposé sur les principes imaginaires créés par l'esprit systématique des anciens. Plus tard, lorsqu'un solidisme raisonné pénétra dans la physiologie, on lui donna des lois plus raisonnables. Mais, en rejetant les hypothèses des anciens, on accepta, sans les vérifier, les tableaux qu'ils avaient tracés. Seulement, le raisonnement y apportait quelques modifications, en même temps que l'imagination les embellissait. C'est ainsi, à quelque chose près, qu'en ont agi Stalh, Zimmermann, Cabanis, et, dans ces derniers temps, M. Rostan lui-même. Aussi les descriptions modernes, sans même en excepter celles plus rationnelles et plus larges des constitutions selon les appareils, sont-elles un mélange de traits empruntés et de déductions *à priori*, qui font plus d'honneur à

la logique qu'elles ne comportent de précision réelle. On peut s'en convaincre en rapprochant les modèles des originaux.

Or, en se tenant de la sorte en dehors des faits, il est évident qu'on s'est privé de plusieurs données indispensables pour la solution du problème, on n'a soulevé qu'un coin du voile. La physionomie extérieure que revêt la constitution humaine ne peut nous fournir que des notions approximatives et fort incomplètes du véritable état de nos organes. Ces organes ne sont pas homogènes, divers tissus les composent. La nature, la densité, la contexture de ces tissus donnent, par des variations, les degrés de leur puissance. Or, la manière dont les fonctions s'accomplissent peut seule nous révéler cette puissance dans toute son étendue. C'est une grave erreur de Gall et des phrénologistes, et qui a été la source de beaucoup d'objections, d'avoir fait dépendre exclusivement le plus ou moins d'énergie des fonctions encéphaliques du volume correspondant des parties du cerveau auxquelles on les attribue; la qualité doit, certes, passer avant la quantité. Il est donc nécessaire, et c'est ce qui n'a jamais été fait, ce qui exige un long travail, de s'éclairer à la fois du double flambeau des phénomènes sensibles et des phénomènes fonctionnels. Ainsi, l'état anatomique et physiologique des systèmes influents serait à peu près accessible; l'étude des tempéraments, selon les nécessités de l'hygiène et de la thérapeutique, deviendrait facilement individuelle, de même qu'en groupant des types certains on formerait, au moyen de caractères communs et invariables, des classes où beaucoup des caractères principaux des divisions actuelles ou n'entreraient pas, ou ne figureraient que comme accessoires. Au surplus, la voie nouvelle où s'engage la science justifie la marche que j'indique. On étudie les maladies dans les tissus. M. le professeur Velpeau, entre autres, dans les leçons sur l'ophthalmologie, nous donne un avant-goût des conséquences théoriques et pratiques de cette large méthode, dont l'avenir nous doit dire toute la portée.

M. Fourcault s'est éloigné des sentiers battus, et il est arrivé à d'importants résultats. Doué d'une intelligence forte et de l'ardent désir de tout réduire à des principes sûrs, il a suivi, selon sa coutume, le guide infaillible du philosophe, l'observation. Au lieu de se livrer d'abord à la méditation du cabinet, d'invoquer les lumières d'une physiologie douteuse, des approximations, des souvenirs si aisément élastiques, il a pris corps à corps les individus, cherchant dans les moindres détails de leurs dispositions physiques et morales, dans le jeu de leurs organes, le rapport des causes et des effets. Cette expérience comparative, répétée sur des milliers de sujets de tout sexe, de tout âge, de toute condition, à la ville, à la campagne, à l'état de santé et de maladie, lui a démontré que les classifications adoptées étaient loin d'embrasser d'une manière vraie et complète les formes variées des tempéraments; qu'il était nécessaire et possible surtout d'en établir une nouvelle sur de meilleures bases. Nous allons juger, en donnant une idée de celle qu'il a adoptée, et qui est le fruit de recherches si positives et si intéressantes, jusqu'à quel point il a réussi.

Après quelques considérations générales, où il apprécie les opinions des anciens et des modernes, il expose d'abord ses principes. Selon lui, la dominance des systèmes cellulaire, sanguin et nerveux forme en réalité trois types fondamentaux dont les autres ne sont que des nuances intermédiaires, des dérivés, mais assez importants pour mériter une description particulière.

Ces dérivés, au nombre de sept, résultent de la prépondérance d'un ou de deux des éléments cellulaire, sanguin ou nerveux, dans un appareil important; ou de cette loi de balancement si connue que, lorsqu'un système appelle à lui les forces de la vie, les autres systèmes languissent. Il admet donc dix tempéraments dont il trace les caractères distinctifs dans une série de tableaux animés, où à l'élégance, à la pureté du style, à l'érudition, à d'heureux rapprochements, se joint toujours une discussion précise et approfondie. En voici la nomenclature :

1° Le nerveux;
2° Le sanguin;
3° Le cellulaire;
4° Le lymphatique;
5° L'adipeux;
6° Le musculaire;
7° Le scléreux;
8° Le gastro-limique;
9° Le gastro-pathique;
10° L'érotique.

Si ces formes sont réelles, et on ne peut en douter après avoir lu le travail de M. Fourcault, on peut juger de la confusion qui devait régner dans les idées des anciens, qui n'en reconnaissaient que quatre, et des modernes, qui eux-mêmes n'en ont admis que six.

Le tempérament nerveux, qui vient en première ligne, avait été décrit, mais fort obscurément. M. Fourcault a suivi ce véritable protée sous toutes ses formes, et le chaos s'est dissipé. Il expose avec méthode et clarté les divers états auxquels donne lieu, dans les organes de la vie intérieure ou de la vie de relation, la dominance de la sensibilité générale ou locale, de l'énergie motrice, des fonctions sensoriales et des facultés intellectuelles; il signale surtout ce fait, contraire à des opinions émises, que l'intelligence peut se rencontrer dans toutes les constitutions.

Le tempérament sanguin figure aussi dans les autres classifications. M. Fourcault prouve

jusqu'à l'évidence que les attributs extérieurs de ce tempérament ne sont pas toujours les mêmes, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'ici; qu'il se présente, au contraire, avec des formes bien distinctement tranchées. Ainsi, selon lui, beaucoup de prétendus bilieux, jaunes et maigres, appartiennent à la classe des sanguins. Il caractérise parfaitement ces variétés, mais il n'en recherche pas l'origine. Ne pourrait-on pas en trouver l'explication dans trois états distincts du système vasculaire? J'ai cru remarquer que, lorsque les artères et les veines étaient également volumineuses, les formes extérieures, les saillies musculaires, les traits du visage étaient fortement prononcés; que, lorsque les artères étaient seules développées, le teint était fleuri, il y avait tendance à l'embonpoint, aux hémorrhagies, etc.; que si, au contraire, c'étaient seulement les veines, il y avait peu d'embonpoint; la poitrine était cependant large, robuste, les muscles très-durs et la peau jaunâtre.

En troisième lieu vient le tempérament cellulaire. C'est M. Fourcault qui, le premier, a démontré l'influence du tissu cellulaire, cet élément primordial de l'organisation, et si fâcheusement omis. S'il domine, la constitution prend un caractère remarquable d'inertie et de faiblesse; s'il est en excès, il produit le tempérament lymphatique. On a très-souvent confondu les cellulaires à un degré médiocre avec les sanguins.

Il considère le tempérament adipeux comme une disposition, un type particulier, mais il n'en établit pas les conditions organiques. Il me semble qu'il y a deux variétés importantes à noter. L'une dépend de ce que j'appellerai état *artériel*. Quand les artères sont grosses et les veines petites, on conçoit qu'il y ait supernutrition interstitielle, obésité. Les individus ont le visage rouge, animé; ils peuvent être fort souples, lestes, ils sont sujets aux hémorrhagies. C'est ce qu'on pourrait nommer obésité active. L'autre espèce, au contraire, est due à un état spécial, à une sorte d'éréthisme du tissu cellulaire. C'est moins une graisse, qui est dans les aréoles qu'une matière gélatiniforme. Ce serait l'obésité passive. J'ai vu un cas où cette disposition était portée à un haut degré. Après quinze jours d'une maladie grave, l'embonpoint n'avait pas sensiblement diminué; des incisions profondes ne donnaient que quelques gouttes de sang.

M. Fourcault a remarqué, chez ceux où le système osseux avait pris un accroissement considérable, chez les géants, une faiblesse relative des autres organes qui leur donnait une allure et des penchants bizarres. Il en a fait, avec raison, un tempérament sous le nom de scléreux.

Le tempérament musculaire coïncide toujours avec le tempérament sanguin très-prononcé. Il est à son plus haut période quand l'action nerveuse, qui préside à la myotilité, est puissante. Cabanis, suivant l'auteur, pensait à tort que les athlètes n'ont pas d'énergie vitale, que leur sensibilité est moins développée.

Les tempéraments gastro-limique et gastro-pathique sont dus, l'un à l'activité, l'autre à la sensibilité excessive des organes digestifs. Le dernier, connu sous le nom de mélancolique, est plutôt une disposition morbide qu'un véritable tempérament. L'auteur l'appelle deuto-pathie, affection à double siége. Il est presque toujours acquis, et le cerveau n'y participe pas moins que l'estomac.

M. Fourcault termine cette galerie par une brillante description du tempérament génital, qu'il distingue avec soin de l'érotomanie, de la nymphomanie et du satyriasis. Le système génital est un pôle. C'est à lui qu'aboutit et de lui que part ce feu ardent qui ébranle toute l'organisation. Il combat savamment l'opinion contraire de Gall, qui place le siége de l'amour physique dans le cervelet. Il s'élève dans ce chapitre aux plus hautes considérations de morale, d'économie sociale et de législation criminelle, qu'il appuie de frappants exemples. Le cœur se serre au récit pathétique des actes de lubricité auxquels un penchant furieux, qui ne calcule pas, dit M. de Lamartine, a poussé l'infortuné Bourgeois, condamné par la cour d'assise d'Eure-et-Loir en 1837. Là, ainsi que dans tout le reste de l'ouvrage, nous ne devons pas l'omettre, les causes hygiéniques ont été justement appréciées et de sages préceptes en sont la conséquence.

LASIAUVE, D. M.

Des maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique de la France, par le D. Fuster. Ouvrage qui a reçu de l'Académie des sciences de Paris un prix de 3,000 fr.

Que nos lecteurs ne s'attendent pas à trouver ici l'exposé des maladies de la France, le travail que nous leur offrons est seulement une introduction, le reste de l'ouvrage paraîtra plus tard. Pour ce qui est du premier volume, il comprend la doctrine de l'action pathologique des saisons et des états morbides correspondants. La première partie envisage ces questions sous un point de vue général; la deuxième partie les reprend en détail dans les saisons et les affections des principaux climats de la terre.

1re *Partie.* — Les saisons se recommandent aux médecins par deux séries de caractères, par leurs caractères propres et par leurs caractères d'emprunt. Les caractères propres des saisons comprennent indistinctement tous les effets appréciables de leur constitution météorologique. Dans ces caractères rentrent : 1° les qualités physiques de l'air; 2° les météores; 3° les prin-

cipes hétérogènes dégagés dans l'atmosphère du sein des trois règnes ; 4° enfin l'état des fruits de la terre en tant qu'ils servent à notre alimentation, et les impressions morales par suite des transformations de la nature.

Les caractères d'emprunt consistent exclusivement dans les modifications de ces caractères propres par l'influence des saisons prochaines ou éloignées.

Toutes les saisons s'entrecroisent ou se mêlent avec la saison la plus voisine, au commencement et à la fin de leur course, par la pénétration mutuelle de leurs qualités; cette fusion intime fait naître une constitution atmosphérique mixte qui tient à la fois des deux saisons ; par conséquent, une constitution atmosphérique mixte ou moyenne ouvre et ferme la marche de chaque saison. Les deux saisons élémentaires ne contribuent pas toujours pour la même part à cette constitution moyenne. Dans les premiers temps de la combinaison, la saison antérieure prédomine ; la saison à sa naissance reste subordonnée à la saison précédente. A mesure que la saison qui se termine approche de son terme, elle perd peu à peu la prééminence, tandis que la saison naissante qui s'accroît sans cesse domine davantage de jour en jour. Le décroissement de l'une et l'accroissement corrélatif de l'autre les mettent bientôt en équilibre; c'est alors seulement que la constitution tient également de toutes deux. Un peu plus tard encore, la saison antérieure, qui perd incessamment de ses forces, tombe en sous-ordre, pendant que la saison nouvelle qui se fortifie de plus en plus prend le dessus à son tour; enfin la saison naissante se dégage entièrement de toute association étrangère et remplit à elle seule la constitution de l'air.

On pourrait dire du climat ce que nous disions tout à l'heure des saisons.

Jusqu'ici, dit M. Fuster, nous avons raisonné comme si les saisons successives ne pouvaient jamais s'écarter de leur développement normal. Cette supposition est tout-à-fait gratuite, car les saisons varient sans cesse dans leurs caractères comme dans leurs relations. Les variations des saisons proviennent de deux sources, ou bien des intempéries ou bien des circonstances du sol.

On doit entendre par intempérie tout état de l'air qui diffère plus ou moins de l'état habituel. Les saisons et les intempéries se distinguent précisément à ce signe, que la saison est le type de la constitution atmosphérique ordinaire, et que l'intempérie représente les écarts de la constitution atmosphérique en dehors de ce type. Cette grande ligne de démarcation ne les empêche pas de se confondre sous tous les autres aspects; l'auteur constate à la fois leurs analogies et leurs différences en appelant les intempéries d'une certaine durée *saisons anomales*.

La présence des intempéries trouble diversement les constitutions normales de l'année; néanmoins on peut réduire aux trois formes suivantes toutes les perturbations appréciables : tantôt elles exaltent les qualités atmosphériques régulières, tantôt elles les affaiblissent ; tantôt enfin elles les effacent en y substituant un état anormal.

Les circonstances locales troublent aussi les qualités atmosphériques annuelles en dérangeant, comme les intempéries, l'harmonie primordiale entre les climats solaires et les climats réels.

Les maladies des saisons, comme les saisons elles-mêmes, se partagent généralement en deux classes : l'une de ces classes comprend les maladies des temps réguliers ; ce sont les constitutions médicales des saisons ; l'autre classe comprend les maladies des temps irréguliers, ce sont les constitutions médicales des intempéries ou les maladies intempestives; ces deux classes de maladies se distinguent et se rapprochent par une multitude de points.

Toutes ces maladies naissent primitivement des qualités manifestes de l'air, elles affectent les masses, elles se développent par degrés jusqu'à leur apogée, après quoi elles décroissent de même par degrés jusqu'à leur disparition définitive. M. Fuster renferme dans quatre périodes les stades principaux de ces mouvements opposés; il distingue ainsi, dans le cours de ces maladies, les préludes, l'accroissement, l'apogée et le déclin. D'un bout à l'autre de leur durée, ces états morbides varient beaucoup par les formes ou par les degrés ; quant à leur nature, elle est toujours la même ; on s'assure de ce fait en écartant par la pensée tous les effets accidentels des temps actuels, des lieux et des sujets. Leur diagnostic et leur thérapeutique ne reposent solidement que sur l'ensemble de ces données.

Sous des saisons régulières, en supposant les quatre saisons également marquées, on observe un état morbide parfaitement en harmonie avec les caractères dominants de chaque saison. La détermination de ces états morbides donne pour résultat, partout où les quatre saisons sont bien distinctes : au printemps, une affection catarrhale inflammatoire de nature bénigne ; en été, une affection bilieuse ; en automne, une affection catarrhale bilieuse de nature maligne ; en hiver, une affection inflammatoire.

Les affections des climats se forment et se combinent d'après les mêmes principes que les affections des saisons. Dans les climats polaires, à moins que le froid ne soit extrême, l'affection dominante est inflammatoire, comme en hiver ; dans les climats équatoriaux, l'affection dominante est bilieuse, comme en été ; dans les climats intermédiaires, en butte à toute espèce de vicissitudes, les affections catarrhales dominent, comme

en automne et au printemps. Les climats limitrophes, qui participent à la fois des caractères météorologiques de deux climats typiques, offrent également des affections complexes où l'on découvre par l'analyse les états morbides élémentaires des deux climats voisins. En vertu de ce partage, les climats tempérés très rapprochés des climats polaires, doivent engendrer une affection catarrhale inflammatoire plus ou moins semblable à l'affection printanière, et les climats tempérés très-rapprochés de la zone torride, une affection catarrhale bilieuse plus ou moins semblable à l'affection de l'automne.

Les états morbides consécutifs aux intempéries ressemblent par leur nature aux états morbides correspondant aux saisons; seulement, et c'est ce qui les rend intempestifs ou insolites, ils paraissent à contre-temps. Ces affections inopportunes troublent de plusieurs manières le cours légitime des affections des saisons : ou bien elles n'altèrent que leurs formes, en laissant subsister leurs caractères essentiels; ou bien elles les compliquent en se joignant à elles ; ou bien, encore, elles les effacent et se substituent à leur place. Dans ce dernier cas, il ne reste plus aucun vestige de l'état morbide ordinaire, si ce n'est peut-être dans les formes de ces affections. Leur durée et leur retour ne sont pas soumis à des lois fixes. Elles renaissent et se prolongent selon les rapports des intempéries avec les aptitudes des populations.

Appendice. Des épidémies. — A la suite de la première partie de son ouvrage, M. Fuster a mis un appendice dans lequel il s'occupe des épidémies :

Il y a de grandes et de petites épidémies.

L'épidémie, en général, est une affection populaire extraordinaire;

La grande épidémie, une affection à la fois universelle et très grave;

La petite épidémie, une affection ordinaire qui participe des épidémies.

En parlant des grandes épidémies, l'auteur discute avec talent la manière dont se propagent les épidémies, et parvient à démontrer comment elles sont tantôt contagieuses et tantôt non contagieuses. Il établit également d'une manière remarquable la descendance légitime des grandes épidémies par rapport aux perturbations morales des peuples.

Nous n'entrerons pas dans de plus grands détails sur cet appendice, qui nous a semblé fort bien fait, et écrit avec une lucidité plus grande et un style plus élégant et plus correct que tout le reste de l'ouvrage.

Deuxième partie. — Examinons avec l'auteur l'histoire météorologique des climats des trois zones, et les affections qui se remarquent dans chacun de ces climats.

Dans les climats polaires, l'hiver est très-long, très-fort et très-opiniâtre ; l'été, au contraire, très-faible, souvent interrompu, et très-court. Le printemps et l'automne ne durent aussi que quelques semaines ; d'ailleurs, les vicissitudes qui les constituent s'accomplissent presque toujours entre des degrés de froid. Il suit de cette analyse que, sous les climats polaires, l'été mérite à peine de compter, que le printemps et l'automne tiennent très peu de place, que l'hiver seul domine les autres saisons.

Dans les régions polaires, les affections de l'été n'existent pas; au printemps et en automne, les affections inflammatoires se combinent avec des affections catarrhales; en hiver, règnent exclusivement des affections inflammatoires. L'empire de l'hiver agrandit outre mesure le domaine de ces affections : elles règnent seules pendant l'hiver si rude et si long ; elles se propagent jusqu'au printemps ; elles s'amortissent un peu durant l'été, et au commencement de l'automne ; elles reprennent de nouveau la prééminence dès la fin de cette saison. Ainsi, dans les régions polaires, il n'y a presque, à dire vrai, qu'une affection unique, savoir, une affection inflammatoire, comme il n'y a presque, à dire vrai, qu'une saison unique, savoir, un hiver permanent.

Entre les tropiques, les quatre saisons se comportent tout différemment que dans les climats polaires. L'hiver est à peu près nul; le printemps et l'automne, troublés par des vicissitudes, tempèrent la chaleur sans en détruire les impressions; l'été, au contraire, est très-intense, très soutenu et très long. L'aspect météorologique des tropiques y fait diviser l'année en saison sèche, saison humide et saison des tempêtes. La saison sèche est brûlante et aride; la saison humide, chaude et pluvieuse; la saison des tempêtes, intermédiaire entre les deux, est bouleversée par des vents. Sous la zone torride, la chaleur sèche ou humide représente donc l'élément dominant, en sorte qu'il n'y a, à la rigueur, qu'une saison unique, c'est-à-dire un été permanent.

L'année médicale se partage entre les tropiques, d'après le même système que l'année météorologique : elle offre à considérer trois affections successives. L'affection de la saison sèche est une fièvre ardente, affection essentiellement bilieuse; la saison humide fait éclore une autre affection de nature putride ou adynamique; c'est encore au fond une affection bilieuse, mais elle diffère de la première par sa tendance à la putridité et par son point de contact avec les fièvres intermittentes. Dans l'intervalle des deux saisons, ou pendant les tempêtes, les affections catarrhales dominent, en s'adjoignant, toutefois, un état bilieux bien prononcé. Ainsi, sous la zone torride, les affections bilieuses, ardentes ou putrides, remplissent les trois quarts de l'année.

La zone tempérée, comme son nom l'indique, tient la balance égale entre les excès

opposés des deux zones précédentes. Ici, on voit distinctement quatre saisons successives, et chacune de ces saisons règne, généralement parlant, avec le même empire et pendant le même temps. Cependant les quatre saisons de notre zone ne conservent pas une égalité parfaite dans ses divers points. On peut la distinguer, sous ce rapport, en trois grandes portions : la portion polaire, la portion tropicale et la portion du centre. Du côté du cercle polaire, l'hiver joue le premier rôle ; du côté des tropiques, l'été domine manifestement ; plus on s'avance par ces deux points vers les régions du centre, plus les quatre saisons se rapprochent de l'équilibre ; mais il faut pénétrer jusque dans le centre même pour les trouver parfaitement égales.

Sous la zone tempérée, quatre affections distinctes coupent ordinairement en quatre parties le cours de l'année médicale : au printemps, l'affection dominante est catarrhale-inflammatoire ; elle est bilieuse en été, catarrhale-putride en automne et inflammatoire en hiver. Mais ces quatre affections n'occupent pas sur tous les points une place égale. Ici revient la division de notre zone en trois systèmes de climats : les climats du nord, les climats du sud et les climats du centre.

Dans les climats du nord, les affections inflammatoires jouent le premier rôle ; dans les climats du sud, ce rôle appartient aux affections bilieuses. Ce n'est qu'au centre même que les quatre affections exercent à tour de rôle une influence égale.

Revue des journaux français.

Recherches théoriques et pratiques sur les névralgies et leur traitement ; par C. James, interne à l'hôpital de la Charité.

Le fonds de ce travail appartient aux leçons et aux expériences de M. Magendie. Le but de l'auteur est, dit-il, d'exposer les règles et les résultats d'un mode de traitement basé sur la physiologie et appuyé par de nombreux succès : c'est le traitement par l'électricité, non par l'électricité employée à foudroyer la peau, comme on l'a fait jusqu'à ce jour avec peu d'avantage parce que l'épiderme est mauvais conducteur du fluide électrique, mais de l'électricité dirigée en masse et isolément sur le nerf malade. C'est le procédé connu depuis long-temps sous le nom d'électro-puncture, et que M. Magendie a employé le premier d'une manière spéciale dans les névralgies de la 5e paire.

On exécute ce procédé en introduisant à travers la peau, jusqu'au nerf, une aiguille qui sert à conduire le fluide électrique. Les aiguilles doivent être très-fines, longues de cinq à six centimètres, et d'un métal non oxydable; en platine, si faire se peut. Des aiguilles oxydées auraient l'inconvénient de laisser une tache indélébile; la manière la moins douloureuse d'introduire l'aiguille est de la pousser franchement et d'un seul coup jusqu'au nerf que l'on veut atteindre ; il n'est cependant pas indispensable de piquer le nerf même; on obtient souvent d'aussi bons effets bien qu'on ne soit qu'à son contact. Deux aiguilles sont ordinairement nécessaires, l'une qu'on place vers l'origine du nerf, l'autre vers sa terminaison : toutefois, il est des cas où une seule aiguille suffit.

Quant à l'appareil électrique, le moins coûteux est la pile à auges de Volta. Lorsqu'on en est à mettre les fils en contact avec les aiguilles, on doit faire correspondre le pôle positif au tronc du nerf, le pôle négatif à ses divisions. Il faut d'abord commencer par peu d'éléments, cinq à six, et ne point prolonger ordinairement le contact des aiguilles et du conducteur au delà de quelques secondes. Il y a cependant des cas où il faut une sorte de courant continu pour modifier la douleur. Quelquefois la névralgie disparaît dès le premier contact des aiguilles et des conducteurs. Il faut alors s'arrêter immédiatement, car une seule secousse électrique pourrait ramener la douleur. Il est souvent nécessaire, avant que la douleur cesse, de revenir à plusieurs applications successives ; il est bon, dans ce cas, d'augmenter graduellement le nombre des éléments ; il convient aussi, parfois, de changer le conducteur de place, de telle sorte que les aiguilles ne soient pas toujours en rapport avec le même pôle; il faut alors diminuer le nombre des éléments pour éviter une trop violente secousse. Si la névralgie quitte le nerf qu'elle occupait pour se fixer ailleurs, on la poursuivra dans son nouveau siége. Lorsque la douleur n'existe plus, il ne faut pas trop se hâter, pour cela, de retirer les aiguilles, car elle pourrait revenir. M. Magendie recommande aux malades d'exécuter les mouvements qu'ils savent le plus propres à rappeler la névralgie, et si elle revenait, une ou deux applications en ont bientôt fait justice ; les aiguilles retirées, il ne reste aucun pansement à faire.

M. James passe ensuite successivement en revue tous les nerfs susceptibles d'être atteints de névralgie. Nous n'indiquerons que les plus saillantes de ses remarques. Au chapitre des névralgies de la face, il assure avoir observé et recueilli plusieurs cas dans lesquels la névralgie avait évidemment pour siége des branches de la septième paire ; mais ces névralgies coïncidaient toujours avec des névralgies de la cinquième et s'expliquaient, du reste, par les anastomoses de ces deux paires. Une autre remarque propre à M. Magendie, c'est que la cinquième paire, indépendamment de ses usa-

ges comme nerf de sentiment, exerce une action telle sur les organes des sens que ceux-ci se troublent, ou perdent leurs fonctions dès l'instant où cette paire est malade. Dans ces cas, le même moyen qui triomphe de ces névralgies peut restituer aux sens leurs propriétés perdues.

Dans les névralgies de la branche ophthalmique, comme le nerf frontal est le plus fréquemment affecté, c'est sur ce nerf qu'on est surtout obligé d'agir. On reconnaît aisément la place au siége de la douleur et à la petite dépression qu'on sent avec le doigt le long du bord supérieur de l'orbite, vers la partie interne du sourcil ; si l'on a affaire au nerf lacrymal, on le pique dans la glande de ce nom et un écoulement abondant de larmes annonce qu'il est touché.

Le nerf sous-orbitaire vient s'ouvrir dans l'épaisseur de la joue un peu au-dessous du rebord inférieur de l'orbite ; comme à sa sortie du canal, il s'épanouit en une multitude de divisions: on est à peu près toujours sûr d'en piquer quelqu'une.

On agit sur les nerfs alvéolo-dentaires, en implantant une aiguille dans la gencive de la dent douloureuse, ou même seulement en y appliquant le bouton du conducteur.

Pour piquer le nerf mentonnier à sa sortie du canal osseux, on enfonce l'aiguille dans le milieu d'une ligne qu'on abaisserait verticalement de la couronne de la seconde petite molaire, au bord inférieur de la mâchoire inférieure.

Il est rare, dit l'auteur, qu'on soit obligé d'attaquer le nerf dentaire inférieur au moment où il pénètre dans le canal de ce nom ; mieux vaut ordinairement s'adresser à la septième paire dans l'épaisseur de la parotide.

Enfin, s'il s'agit du nerf lingual, on y arrivera facilement en se rappelant qu'il longe le bord de la langue sur un plan supérieur au nerf grand hypoglosse, et se distribue à la surface de la membrane muqueuse.

Dans son résumé sur le traitement des névralgies de la face par l'électricité, M. James assure que M. Magendie n'a rencontré dans sa pratique que deux cas de névralgie faciale où ce moyen ait échoué.

L'auteur s'arrête ensuite sur deux autres méthodes de traitement, l'emploi de la morphine par la méthode endermique et la section des nerfs affectés de névralgie.

Quant à l'emploi de la morphine, les expériences du professeur du collége de France sur des animaux prouvent qu'elle agit localement et non par l'intermédiaire du cerveau. Il faut donc appliquer cette substance sur les points de la peau où elle est séparée du nerf par la moindre épaisseur possible des parties molles.

On a recours à la section du nerf en désespoir de cause. Celle de la septième paire ne peut guère se faire sans conséquences fâcheuses qu'au delà de l'anastomose de ce nerf avec le rameau auriculo-temporal, c'est-à-dire dans la portion comprise entre l'endroit où cette anastomose a lieu et la terminaison du nerf.

La névralgie sciatique est loin de compter autant de succès avec l'électricité que celle de la face. Ce moyen paraît, cependant, avoir de bons effets palliatifs. En général, elle cède d'autant mieux à ce mode de traitement qu'elle est plus exempte de complications. C'est donc à celles-ci qu'il faut d'abord s'en prendre.

Mémoire sur les positions des membres dans les maladies articulaires considérées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets, et de leurs applications thérapeutiques, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce mémoire, d'une étendue déjà très-considérable, n'est que le prélude d'un autre travail beaucoup plus complet que l'auteur prépare sur les maladies articulaires. Cette sorte d'introduction ne laisse pas cependant d'être très importante, car elle ouvre la voie à toute une nouvelle série de moyens thérapeutiques qu'on n'avait pas même soupçonnés jusqu'ici. Les positions des membres dans les maladies articulaires avaient à peine, en effet, fixé l'attention des chirurgiens, et on s'était contenté de dire que les malades adoptaient instinctivement celles qui leur étaient le plus avantageuses, et qu'une fois choisies, elles devaient être respectées jusqu'à la guérison complète des phénomènes inflammatoires. M. Bonnet prétend, au contraire, qu'en substituant les bonnes aux mauvaises positions, en maintenant fixes les premières par des appareils convenables, il a obtenu des résultats inespérés dans les inflammations aiguës et chroniques, diminué les douleurs et retardé la marche des lésions dues à un vice constitutionnel.

L'ensemble de son travail se divise en trois parties : les causes des positions qu'adoptent les malades dans les lésions articulaires, les effets que produisent ces positions, et les applications thérapeutiques résultant de la connaissance des positions au traitement des maladies articulaires.

A. Les causes des positions qu'adoptent les malades sont :

1° L'influence que l'accumulation des liquides dans les cavités articulaires exerce sur la position des membres. Il serait trop long de décrire toutes les expériences que l'auteur a faites sur le cadavre; ses observations sur les effets que produisent les liquides solidifiables injectés après la mort dans les articulations, se résument par les propositions suivantes : 1° le liquide s'interpose entre les surfaces osseuses; 2° l'accumulation forcée d'un liquide dans une articulation donne aux os qui forment celle-ci

des rapports qui sont toujours les mêmes, quelle que soit la position des membres avant l'injection ; 3° tant que la cavité articulaire est fortement distendue, les rapports qu'ont pris les os ne peuvent être changés. Il faudrait, en effet, pour qu'ils pussent l'être, qu'un point de la synoviale se rompît; 4° la position fixe que prennent les os qui constituent une articulation, lorsqu'un liquide est injecté dans celle-ci, est celle où la cavité articulaire est le plus spacieuse; 5° la cause du mouvement imprimé à une articulation par l'injection d'un liquide dépend de l'interposition de celui-ci entre les surfaces articulaires et de la résistance inégale des ligaments. Il est évident, en effet, que si les os sont fortement rapprochés dans un point, tandis qu'ils peuvent s'écarter dans d'autres, le point où ils ne peuvent s'éloigner est comme une charnière autour de laquelle ils tournent.

2° Influence qu'exerce sur la position des membres le soin que prennent les malades de leur chercher un point d'appui solide; cette condition leur est en effet nécessaire pour éviter autant que possible les ébranlements dans l'articulation malade. Les malades ne font pas autre chose, du reste, que ce que nous faisons dans l'état de santé; couchés sur le dos, ils tiennent, comme nous, les membres inférieurs étendus et appuyés sur leur face postérieure ; couchés sur le côté, comme nous encore, ils plient les membres; car, bien qu'on ait dit, la position demi-fléchie des membres est pénible dans le décubitus dorsal, ainsi que chacun peut l'expérimenter; la position demi-fléchie n'est commode que lorsqu'on est couché sur le côté; mais alors elle devient une nécessité, le tronc ne pouvant pas alors rester immobile dans l'extension sans un effort continu.

3° Influence qu'exercent sur la position des membres leur poids et les pressions exercées sur eux; elle varie suivant la position du tronc, et aurait besoin d'un paragraphe spécial pour chaque articulation.

4° Influence qu'exercent les contractions musculaires. M. Bonnet ne pense pas que dans les lésions articulaires cette cause influe primitivement sur les positions; car rien ne sollicite la contraction d'un muscle plutôt que celle d'un autre, comme dans les maladies du système nerveux. Mais ces contractions musculaires peuvent beaucoup contribuer à rendre les positions permanentes, les muscles s'allongeant ou se rétractant pendant long-temps pour se prêter à certains rapports des os. Alors il devient très difficile, quelquefois même impossible, de les allonger.

M. Bonnet étudie ensuite l'influence relative des quatre causes jusqu'ici énumérées. Il est évident que si l'accumulation des liquides ou du pus dans l'articulation est assez considérable pour en distendre énormément les cavités, cette influence annihile toutes les autres; mais si la distension n'est que médiocre, les trois autres causes dominent presque seules.

B. Avant d'étudier les effets des positions dans les maladies articulaires, M. Bonnet cherche à établir en principe quelles sont les conditions qui rendent certaines positions nuisibles et quelles sont celles qui en rendent d'autres avantageuses. Une position est nuisible 1° lorsqu'elle entraîne la distension continue des parties molles placées sur l'un des côtés d'une articulation; 2° lorsqu'elle détermine une pression forte et continue entre une partie des surfaces osseuses qui composent une articulation; 3° lorsqu'elle tend à produire des luxations spontanées; ainsi lorsque le fémur, fléchi sur le bassin, est porté dans l'abduction et la rotation en dedans; sa tête, dans ce cas, fait saillie au côté externe de la cavité cotyloïde et n'est retenue qu'incomplètement par le bord de cette cavité, etc.

L'auteur étudie ensuite les effets des positions dans les maladies des diverses articulations déjà citées. Dans celles du genou, la flexion du tibia sur le fémur s'observe presque constamment; cette flexion, d'après les expériences cadavériques qu'il a faites, entraîne une disposition au déplacement, et c'est celle, cependant, que le malade adopte le plus souvent. L'extension complète du membre est moins dangereuse, bien qu'elle expose aux tiraillements des ligaments, aux luxations du tibia en arrière et à l'espèce la plus incommode d'ankylose. La position dans laquelle la jambe n'est que médiocrement étendue sur la cuisse et où le talon descend moins bas d'un centimètre que celui du côté opposé est la plus convenable de toutes; mais elle ne peut être maintenue long-temps sans le secours d'appareils particuliers.

Dans les maladies de la hanche, lorsque le membre étant fléchi se renverse en dedans, il y a : 1° distension de la capsule fibreuse et de la synoviale à leur partie externe et supérieure sur laquelle appuie la tête du fémur; aussi trouve-t-on à l'autopsie des ramollissements et des ulcérations au côté externe et supérieur; 2° il y a tendance à la luxation spontanée : si la cuisse fléchie sur le bassin se porte dans l'abduction combinée avec la rotation en dehors, il y a distension des ligaments placés en dedans de la jointure, et tendance à la luxation spontanée sur le trou obturateur. La meilleure position est celle d'une extension médiocre, la pointe du pied regardant en dedans avec une légère flexion du genou telle, que le membre malade est d'un centimètre moins long que celui du côté sain; mais ici encore il faut des appareils pour maintenir cette position.

Dans les maladies de l'articulation tibio-tarsienne, si la jambe étant fléchie sur la cuisse, le pied repose sur son bord externe,

la plante du pied se tourne en dedans et l'astragale tend à s'échapper du côté externe de l'articulation ; il y a alors tiraillement de tendons, gonflement et douleur de ce côté ; aussi est-ce là qu'on trouve les tissus les plus altérés à l'autopsie ; si le pied appuie sur son bord interne, les effets sont inverses. La position où il n'y a, dans aucun sens, distension des parties molles ni tendance aux luxations est celle où le pied repose sur la face postérieure du talon et fait avec la jambe en avant un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. Ici encore des appareils appropriés sont nécessaires.

C. Pour ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position, il y a trois moyens : 1° *l'action des mains*, comme pour réduire une fracture, après qu'on aura placé le malade sur le dos ; 2° les *machines*, et 3° lorsque ces moyens sont impuissants, on doit recourir à la section des tendons.

L'auteur s'étend très-longuement, et non pas sans quelques redites, sur les appareils destinés à amener et à maintenir en position l'articulation malade. Voici celui qu'il a inventé pour étendre la jambe sur la cuisse : une gouttière en fil de fer matelassé ou en cuir embrasse toute la circonférence de la moitié supérieure de la cuisse ; une espèce de botte entoure le pied et le bas de la jambe ; au talon de cette botte sont adaptées deux roulettes ; le membre ainsi libre au niveau du genou est placé entre deux planches qui l'empêchent de se renverser en dedans ou en dehors ; son poids tend sans cesse à en opérer le redressement, d'autant plus facile, que la roulette placée au niveau du talon prévient tous les obstacles que pourrait opposer le frottement de celui-ci sur le plan qui le soutient ; pour aider ce redressement, un tourniquet permet d'exercer une traction sur la jambe, et une courroie qui presse au devant du genou, d'affaisser celui-ci en arrière.

Les appareils destinés à maintenir le genou dans une bonne position ne sont autre chose que des gouttières embrassant la circonférence du membre et s'étendant depuis le pied jusqu'au sommet de la cuisse ; elles ont la forme d'un pantalon collant qui serait fendu sur toute sa partie antérieure ; elles sont solides en arrière, flexibles sur les côtés et en avant, susceptibles de s'écarter de leur axe par leur élasticité, et de s'en rapprocher par des courroies qui permettent d'en assurer la compression à tous les degrés. La charpente de celles que M. Bonnet a fait construire était en fil de fer, en cuir ou en carton.

Ces deux sortes d'appareils peuvent aussi trouver leur application dans les maladies du pied et dans celles de la hanche.

Dans quelques cas de maladie de la première de ces articulations, la section des tendons peut être nécessaire. M. Bonnet a fait une fois celle du jambier antérieur pour faire cesser un renversement en dedans avec inflammation très-vive autour de la malléole externe ; cette inflammation fut, dit-il, merveilleusement calmée par le retour du pied à sa position normale.

Quant aux résultats pratiques, ils ont varié suivant la nature des lésions. Les maladies articulaires qui tiraient leur source d'un vice constitutionnel ne pouvaient être guéries par les appareils de M. Bonnet ; mais il en a obtenu des effets palliatifs déjà précieux, tels que la cessation des douleurs des inflammations aiguës.

Les maladies articulaires sans vice constitutionnel sont, dit-il, loin d'être rares ; ici les résultats ont encore varié, suivant que la suppuration était formée ou non. Dans le premier cas, la guérison est encore incertaine, bien que l'auteur en possède quatre cas bien avérés ; mais le succès le plus frappant s'est manifesté dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations sans suppuration évidente et sans altération générale ; il a vu céder tout à coup des phlegmasies qui avaient résisté aux anti-phlogistiques les plus énergiques, tels que cent, cent cinquante sangsues ; la guérison était moins rapide dans les phlegmasies chroniques ; mais la marche vers la guérison n'en était pas moins évidente, alors que les révulsifs ne faisaient plus rien.

Observations et expériences sur l'emploi du platine en médecine, par M. le docteur Ferd. Hoefer.

Nous omettons les détails de pure chimie qu'on peut trouver dans le premier traité venu.

Action physiologique. Expériences sur les animaux. — Dès la dose de 1 gramme 0,5, le perchlorure de platine a causé en quelques heures la mort à des lapins et à des chiens de taille ordinaire ; le perchlorure double de platine et de sodium à celle de deux grammes.

Expériences faites sur l'homme à l'état de santé. — Lorsqu'on frotte une partie quelconque du corps avec une dissolution concentrée de perchlorure de platine, on éprouve au bout de deux à trois minutes des démangeaisons semblables aux démangeaisons de la gale, dans l'endroit même qu'on frotte. La peau que le perchlorure de platine colore en jaune se couvre bientôt de très-légers boutons rosés qui disparaissent au bout de trois à quatre minutes. L'eau suffit pour enlever cette tache jaune, l'épiderme n'étant pas détruit.

Quand on lave le gland et le prépuce avec la dissolution platinique, on observe le phénomène suivant : démangeaisons très vives, chaleur, picotements, douleur en urinant ; quelques heures après, il se manifeste au

pourtour du gland des boutons d'une teinte un peu livide, légèrement saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle; au bout de 8 à 12 heures, tout a disparu.

L'auteur s'administra ensuite à lui-même cinq centigr. de perchlorure de platine pris dans un verre d'eau froide et n'en éprouva aucun effet sensible; il augmenta successivement la dose les jours suivants jusqu'à deux décigr.; à cette dose, il éprouva quelques aigreurs d'estomac, accompagnées d'un léger mal de tête; ces phénomènes disparurent dans l'espace de 25 à 30 minutes.

Le lendemain, 12 octobre, à trois heures du soir, il prit en une seule fois trois décigrammes de perchlorure de platine dans un verre d'eau; un quart d'heure après, il éprouva les symptômes suivants : frisson léger, quatre-vingt-cinq pulsations, chaleur et pesanteur à l'épigastre, céphalalgie très-vive surtout à la région occipitale; constriction de la gorge assez forte pour gêner la voix et la déglutition, nausées, envies de vomir. Ces symptômes s'aggravèrent pendant cinq à six minutes, ce que l'auteur attribue naïvement à la frayeur très-vive qu'il eut alors d'être empoisonné; mais ces symptômes disparurent rapidement, et au bout d'une demi-heure, il ne lui restait plus qu'une saveur métallique désagréable. Cette expérience avait été faite dans un appartement où le thermomètre centigrade marquait 16°, 25, l'hygromètre de Saussure 75°, le baromètre 0, 76, la lumière était diffuse.

Deux jours après, le docteur Hoefer renouvela l'expérience, mais en plein air sur la butte Montmartre. Les symptômes furent absolument les mêmes, mais à un degré beaucoup moins fort. Le chlorure double de platine et de sodium ne produit point d'irritation locale sur la peau; pris intérieurement, il ne réagit pas sur le cerveau d'une manière aussi sensible que l'autre; il augmente plus particulièrement la sécrétion urinaire.

Action thérapeutique du platine. — L'auteur argumente principalement sur des observations. Il en cite huit que nous ne répéterons point; voici à quelles conclusions il arrive.

Le perchlorure de platine est un remède très efficace contre les maladies syphilitiques, surtout celles qui sont anciennes et invétérées. Le chlorure de platine et de sodium est plus convenable dans le traitement des maladies syphilitiques récentes; il est également très-efficace dans le traitement des affections rhumatismales. Le platine doit être rangé dans la classe des médicaments dits altérants, à côté de l'or, de l'iode et de l'arsenic; il diffère du mercure en ce qu'il agit après une excitation préalable, et en ce que son administration n'entraîne aucun des accidents qu'on reproche au mercure. Les sels d'or qui paraissent vénéneux à des doses beaucoup moins élevées que les sels de platine, ne sont, suivant les auteurs, efficaces que dans certains cas de syphilis constitutionnelle. Il termine en concluant, peut-être prématurément, que le platine est préférable, comme médicament altérant, au mercure et à l'or.

De l'empoisonnement par le tabac donné en lavement, par M. Tavignot, interne.

En 1832, M. le docteur Chantourelle a rapporté dans la *Revue médicale*, t. II, p. 88, une série d'accidents sérieux survenus à la suite d'une infusion de poudre de tabac prise en lavement, à la dose de 45 grammes. M. Tavignot vient d'en observer un cas semblable. 60 *centigrammes* de tabac avaient été prescrits dans 200 grammes d'eau; il n'y avait certes pas là de quoi causer de la stupeur, de la céphalalgie, etc. Mais 60 *grammes* avaient été administrés par mégarde, et plus de doute dès lors sur l'empoisonnement. M. Tavignot, alors interne de garde, fit donner des lavements purgatifs, prescrivit une infusion de café. En même temps on plaçait sur la tête des compresses imbibées d'eau fraîche; on promenait des sinapismes sur les extrémités inférieures, et on faisait des frictions sèches sur divers points de la périphérie du corps. Il prescrivit aussi une saignée de trois palettes qui fut, dit-il, exécutée. Néanmoins, les symptômes se succédèrent avec une rapidité effrayante, et dans l'ordre suivant : pâleur, stupeur, pupilles dilatées normalement, respiration de plus en plus gênée, intelligence complètement abolie; à cela s'ajoutèrent des tremblements convulsifs des bras d'abord, des jambes, et de tout le corps ensuite, qui allèrent progressivement en augmentant pendant six ou sept minutes, et auxquels succéda un état de prostration extrême. Le coma et la résolution de tous les membres terminèrent la scène, et en dix à douze minutes, tout fut fini. Il n'y avait pas eu de vomissements.

La rapidité de la mort n'avait pas laissé le temps de préparer le café ni la potion éthérée. Des circonstances analogues d'empoisonnement par les narcotiques, où le café a produit, on pourrait presque dire la résurrection, doivent faire regretter la lenteur qu'entraîne sa préparation. Mais puisqu'on vend, chez nombre de marchands de comestibles et de pharmaciens même, des essences concentrées de café dont il suffit de verser quelques gouttes dans de l'eau chaude pour en improviser une tasse telle quelle, nous nous demandons pourquoi on n'en aurait pas dans les hôpitaux pour le cas d'empoisonnement par l'opium, le tabac, etc. L'auteur finit en indiquant les doses de tabac prescrites par les auteurs. Astley Cooper conseille 8 grammes à administrer *en deux fois*. Chez les enfants, cette dose serait encore beaucoup trop forte. Quelques formulaires indiquent 30 grammes

avec addition de 60 centigrammes de tartre stibié qui diminue l'absorption en agissant comme purgatif. Mais il est beaucoup plus naturel et plus sûr de s'en tenir à la dose d'Astley Cooper.

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

De l'emploi de l'alun; par M. E. Delmas, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

M. Delmas, frappé des résultats publiés par M. le professeur Velpeau sur l'efficacité de l'alun dans le traitement des ulcérations, a également voulu expérimenter ce médicament; voici ce qu'il nous en dit :

I. Dans les angines, dans les amygdalites aiguës et chroniques, l'inflammation a rétrogradé avec une rapidité qu'on était loin de prévoir. L'usage de quelques saignées générales ou locales a dû précéder, lorsque l'état général, la constitution et l'âge du malade l'indiquaient.

II. Dans les ulcérations de la bouche, les résultats ont toujours été les mêmes, soit que les ulcères occupassent la muqueuse gingivale, soit qu'ils fussent sur la muqueuse buccale.

III. Chez l'homme, M. Delmas a fait disparaître ces excoriations, ces gerçures que la malpropreté ou une cause traumatique produisent ou entretiennent à la face interne du prépuce et à la base du gland.

Chez la femme, il a obtenu la disparition de ces phlogoses qui affectent les parties génitales, de ces rougeurs plus ou moins étendues qu'on rencontre à l'orifice vulvaire et à la muqueuse vaginale. Il a considérablement diminué et souvent fait disparaître ces excoriations vulvaires que la malpropreté ou un écoulement leucorrhéique produisent et entretiennent aux grandes et aux petites lèvres. Ce qui a principalement fixé l'attention de ce praticien, c'est le succès qu'il a presque constamment obtenu en appliquant le traitement alumineux à ces larges mais superficielles ulcérations que l'on remarque au col de l'utérus.

IV. Si l'action du sulfate d'alumine n'a donné lieu à aucun des phénomènes inflammatoires, lorsqu'elle s'est exercée sur les muqueuses, il n'en a pas été de même lorsque M. Delmas en a fait usage pour des solutions de continuité de la peau. Ici son application détermine des effets beaucoup plus marqués, et la douleur qu'elle provoque devient quelquefois si intolérable qu'on est souvent obligé d'en modérer l'action en l'incorporant à du cérat auquel on peut au besoin ajouter les opiacés.

V. Dans les ulcérations syphilitiques, M. Delmas en a retiré d'excellents effets. Voici, du reste, comment il s'exprime à ce sujet : Dire que toujours j'ai guéri par ce moyen, serait tomber dans l'exagération malheureusement trop fréquente chez ceux qui, pour faire valoir une opinion, ne montrent que les cas de succès en taisant les revers. Mais ce que je puis dire en toute vérité, c'est que si, dans beaucoup de cas, je n'ai pas obtenu une cicatrisation complète, du moins dans un très grand nombre, il en a été autrement.

Observation singulière de lactation, par M. Audubert.

Une femme de soixante-deux ans vient d'offrir un cas de lactation bien surprenant. Sa bru n'ayant pu, pour cause de maladie, continuer d'allaiter son enfant, la belle-mère se vit obligée de procurer une nourriture artificielle à sa petite-fille, et puis, pour l'amuser, elle lui présenta de temps à autre le bout des seins ; mais quelle ne fut pas la surprise de cette femme, lorsque tout à coup ses seins se gorgèrent d'un lait qui parut bon, sain et nourrissant! Elle allaita cet enfant pendant un an.

Deux mois de sevrage se passent, et la sécrétion du lait n'avait pas entièrement cessé, lorsque la bru, qui était redevenue mère, voit son lait se tarir tout-à-fait, et son embarras eût été grand si sa belle-mère ne l'eût secourue, en offrant son lait au second enfant, et cela avec le plus grand succès.

BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Paraplégie traumatique ; mort, par M. Jules Labarthe, élève en médecine.

Un homme, âgé de quarante-huit ans, était descendu dans un puits pour le récurer ; il emplissait un vase de terre, et ses camarades le hissaient, lorsque la corde qui le suspendait vint à casser, et laissa tomber sur la région dorsale du malheureux, alors courbé, ce fardeau assez lourd. Aussitôt perte de connaissance assez prolongée ; un des amis du blessé descend à l'instant dans le puits, lui attache une corde autour des reins pour le retirer plus facilement ; mais il est à présumer que ce moyen maladroit, pour sauver Sol du danger, ne fit qu'aggraver sa position, et que les vertèbres, déja fracturées par le premier choc, déterminèrent une contusion plus forte de la moelle. Un médecin fut appelé, et une large saignée du bras pratiquée sur-le-champ ; le malade reprit alors l'usage de ses sens, et fut transporté dans la soirée à l'hôpital.

Il offrait alors les symptômes suivants : face rouge, peau chaude, pouls fréquent, mais assez faible, douleur vive avec sentiment de pesanteur dans la région dorsale, au niveau de la troisième, quatrième et cinquième vertèbre du dos, que le moindre mouvement augmente, au point de faire pousser des cris aigus au malade. Paraplégie complète, perte totale du sentiment et du mouvement dans les membres pelviens. La vessie est distendue par l'urine : fourmillements aux membres supérieurs, plus sensibles à gauche, avec sensation de chaleur incommode. D'ailleurs les facultés intellectuelles sont dans un état parfait d'intégrité.

Pendant les douze jours que ce malheureux survécut à cet accident, il présenta continuellement de la difficulté à respirer, et des fourmillements dans les membres.

On employa les anti-phlogistiques, les purgatifs, les frictions, etc.

A l'autopsie on trouva une ecchymose et le ramollissement des muscles vis-à-vis la troisième et la quatrième vertèbre dorsale, état qui ne se présenta pas au niveau des trois autres vertèbres fracturées.

Fracture des apophyses épineuses des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales.

On remarque aussi une petite esquille entraînée dans les parties molles voisines qu'enlève le bistouri, et qui appartient à la lame gauche de la sixième cervicale. Injection sanguine et ramollissement de la moelle vis-à-vis la troisième dorsale. A ce point, la substance de la moelle est convertie en une pulpe grisâtre et presque purulente, trop molle pour être nettement coupée par le scalpel. Cette dernière altération ne se fait remarquer que dans la moitié droite de la moelle : la moitié gauche est blanche, solide et peu malade.

L'injection sanguine se termine brusquement en bas, mais se prolonge en haut jusque dans la région cervicale, où la moelle est ramassée, grisâtre et violacée.

M. Labarthe termine cette observation en disant qu'il existe pour les traumatismes rachidiens trois états bien différents et qui sont absolument les mêmes que ceux qui sont signalés par les auteurs pour les contusions des centres nerveux intrà-crâniens.

Revue des journaux étrangers.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Effets remarquables des frictions mercurielles dans un cas de rhumatisme musculaire chronique; par J. Koyen, D.-M.

Cette observation est d'autant plus curieuse que quelques praticiens ont nié l'efficacité du mercure dans les cas de rhumatisme chronique : ils se basent sur ce que le rhumatisme chronique ayant une grande analogie avec certains symptômes de la syphilis constitutionnelle, il est probable que, si ce médicament a eu des résultats favorables, il ne s'agissait pas de rhumatisme, mais bien d'une vérole mal guérie. A cette manière de voir, M. Koyen oppose à juste titre l'observation que voici : Une femme de cinquante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, et que sa profession expose au froid humide et aux intempéries de l'air, éprouve des douleurs dans tout le système musculaire. On pratique quelques saignées, on donne des boissons sudorifiques, et au bout de trois semaines la maladie paraît céder. Mais bientôt surviennent des douleurs intolérables le long du nerf sciatique gauche, et les douleurs musculaires ne tardent pas à reparaître. Pendant quinze mois on employa vainement les moyens rationnels et les moyens empiriques: rien ne réussit. M. Koyen, voyant que tous les remèdes mis en usage avaient échoué, prescrivit de frictionner les extrémités inférieures avec quinze grammes d'onguent mercuriel double, pour les vingt-quatre heures : le lendemain, la malade était guérie, mais elle avait une stomatite mercurielle qui dura trois semaines, sans que les douleurs revinssent. Dès que la stomatite eut cessé, le rhumatisme reparut, mais à un moindre degré. Enhardi par le premier succès, M. Koyen fit renouveler les frictions; à peine quatre grammes d'onguent mercuriel double avaient-ils été employés que la bouche s'affecta de nouveau, que la raideur musculaire et les douleurs se dissipèrent pour ne plus reparaître, après que la salivation fut guérie.

Considérations sur la médication émétique, traitement du croup par les vomitifs coup sur coup; par M. Jourdain, de Binche.

Dans cet article, l'auteur cherche à rendre à la médication vomitive la place importante qu'elle occupait en médecine dans les siècles derniers. C'est dans l'affection croupale qu'il a d'abord expérimenté cette médication énergique. M. Jourdain ne se borne pas à un seul vomitif; voici ce qu'il dit à ce sujet : Souvent, après un premier vomitif, les symptômes du croup disparaissent, mais cette rémission n'est pas de longue durée. Il ne faut jamais hésiter à prescrire un second vomitif et même un troisième de douze en douze heures. Il est rarement nécessaire d'aller au delà. Mais la marche rapide de la maladie oblige quelquefois à administrer les vomitifs à des intervalles encore plus rapprochés.

Depuis que ce praticien a employé la for-

mule des vomitifs *coup sur coup*, il n'a pas perdu un seul malade, et, dans tous les cas, il a vu le croup céder beaucoup plus facilement qu'une simple bronchite. Il va sans dire que la maladie doit être attaquée dès son début : dans la dernière période, les succès sont rares; souvent alors les centres nerveux sont insensibles à l'action des émétiques.

Récapitulant ensuite quelques autres agents préconisés dans les diverses périodes de cette affection, il critique les hypothèses émises sur sa nature, et termine en disant qu'il considère le croup comme une sécrétion morbide résultant d'une infection miasmatique du sang, susceptible de se transmettre par infection.

Quelques mots sur le traitement des ulcères aux jambes; par le docteur P.-J. Vanmeerbeeck.

Après avoir démontré que *les ulcères aux jambes sont le genre d'affection qui grèvent le plus le budget des hôpitaux civils*, ce médecin nous indique le moyen à employer pour guérir, soit l'*ulcère simple*, soit l'*ulcère calleux*, soit l'*ulcère variqueux*, soit l'*ulcère gangreneux*, etc. Ce moyen est bien simple, il consiste dans l'emploi des bandelettes agglutinatives faites de la manière suivante : On fond quinze grammes de cire blanche à laquelle on ajoute cent vingt-cinq grammes d'huile d'olives et deux cent cinquante grammes de minium. On laisse bouillir cette masse, en la remuant continuellement sur des charbons ardents jusqu'à ce qu'elle devienne épaisse, et après l'avoir ôtée du feu, on y ajoute encore deux drachmes de baume du Pérou. La couleur de cet emplâtre est rouge-brun.

Avant d'appliquer ces bandelettes, il faut que l'ulcère ne soit plus enflammé ou d'une malpropreté dégoûtante, ou bien encore qu'il ne soit plus couvert de croûtes ou d'une escarre gangreneuse; alors on coupera des bandelettes assez longues pour faire une fois et demie le tour de la jambe, et larges de deux à trois centimètres; on aura soin de faire imbriquer tellement les bandelettes qu'elles se recouvrent de la moitié : c'est le seul moyen d'obtenir une compression égale, *et sans cette compression égale la guérison est impossible*. On ne changera cet appareil que le moins souvent possible. Le terme moyen de leur application est de six à huit jours, cependant on peut aller jusqu'à quinze; d'autres fois elles devront être changées plus souvent, c'est lorsque la suppuration de l'ulcère est abondante et que le pus perce entre les bandelettes.

Recherches et observations médico-chirurgicales sur quelques maladies du tube digestif, perforations spontanées, invaginations, hernies, corps étrangers, avec des applications à la médecine légale, par M. Petrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

C'est surtout aux perforations intestinales que M. Pétrequin s'est arrêté dans son mémoire, et c'est ce seul point que nous examinerons avec lui, les autres parties de ce travail ayant été traitées beaucoup trop brièvement.

Ainsi que M. le professeur Forget l'a établi, nous pensons que les perforations intestinales se rapportent toutes aux trois genres de causes suivantes :

1° Perforations par cause traumatique;

2° Perforations par cause chimique ou toxique;

3° Perforations par cause pathologique.

Les observations de M. Pétrequin se rapportent à ce dernier ordre de causes.

M. Pétrequin a soulevé dans son travail une question très importante : le suc gastrique peut-il dans certaines circonstances occasionner des perforations de l'estomac? Certes, le doute n'est plus permis à ce sujet : bien des faits viennent encore corroborer ceux que l'auteur avance. Au mois de juillet 1838, nous avons eu l'occasion d'observer le même jour deux perforations spontanées de l'estomac dans le service de M. le professeur Fouquier : la chaleur était intense depuis plusieurs jours, les cadavres étaient restés couchés sur le dos, et le grand cul-de-sac de l'estomac était entièrement détruit chez ces deux sujets : le pourtour de ces pertes de substance n'offrait pas d'inflammation. A quelle cause aurait-on donc pu attribuer la perforation si ce n'est à l'action dissolvante du suc gastrique?

Nous n'entrerons pas dans la description des observations rapportées par M. Pétrequin, selon que les perforations siégent à l'estomac, au duodenum, à l'appendice iléo-cœcal, nous nous contenterons de parler du traitement préconisé par l'auteur; il s'agit de l'emploi de l'opium à haute dose. L'opium doit être donné le plus tôt possible après l'accident, à la dose de cinquante à soixante centigrammes en pilules, à prendre une à une, d'heure en heure, de manière à produire le narcotisme.

Que doit-on penser du moyen préconisé par ce chirurgien? La plupart du temps les perforations intestinales ne sont pas soupçonnées pendant la vie, ou bien, si elles le sont, c'est lorsque déjà la maladie s'est manifestée par une péritonite, qui, malgré l'administration de l'opium à haute dose, n'en sera pourtant pas moins promptement mortelle. Reconnaissons cependant que l'opium peut être utile dans les perforations, dans la vue de diminuer les mouvements des intestins, ce qui pourrait favoriser l'établisse-

ment d'adhérences avec des organes voisins.

Emploi de l'acétate de plomb dans la bronchite, par le docteur Henderson.

Nous ne ferons pas de chicane à l'auteur sur ce terme si abusif de *bronchite*; ce n'est pas d'ailleurs sur la désinence inflammatoire du mot que s'exerce l'efficacité de l'acétate de plomb, mais sur les sécrétions très-abondantes des bronches, qu'il y ait rougeole, coqueluche, fièvre continue ou catarrhe simple. Au moins est-ce là le résultat des expériences de M. Henderson et de ses amis; le précepte qu'il donne sur l'indication est de s'occuper peu de l'époque ou de la durée de la maladie; le sel de saturne réussit dans les catarrhes muqueux chroniques et dans les catarrhes aigus, caractérisés par ces sécrétions mucoso-purulentes qui menacent le malade de suffocation.

Dans les catarrhes aigus, les effets déterminés par l'acétate de plomb varient beaucoup; quelquefois le râle disparaît tout d'un coup sans que la respiration et le pouls s'en trouvent mieux. L'auteur cesse alors ce médicament pour avoir recours à l'antimoine, à l'ipécacuanha, au calomel. D'autres fois, les mêmes symptômes continuant, les râles n'ont fait que diminuer considérablement; l'emploi alterné de l'acétate de plomb et des moyens que nous venons de citer réussissent très-bien. Ailleurs il ne se fait aucun changement : augmentez alors la dose du médicament; cette dose varie, du reste, suivant la gravité des cas, et l'âge entre pour peu de chose en ligne de compte. Aussi la porte-t-on ordinairement plus haut chez les enfants que chez les adultes. Elle est, chez ces derniers, de 2, 3, 4 et 5 centigrammes huit ou dix fois par jour, et on pourrait la porter plus haut. La quantité administrée aux adultes n'a jamais dépassé soixante centigrammes. M. Henderson termine en assurant qu'il n'y a pas de médicament qu'on puisse opposer avec autant d'avantage aux sécrétions muqueuses et mucoso-purulentes des catarrhes chroniques. Il administre alors le sucre de plomb à la dose de cinq à dix centigrammes en pilules combiné avec de l'extrait de jusquiame et cinq centigrammes de scille.

(*London medical Gazette.*)

Cysticerque dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, par M. Estlin.

Bien que cette anomalie pathologique soit assez rare, on vient de la voir se reproduire plusieurs fois depuis deux ans. Le cas dont il s'agit ici a été observé chez un enfant de seize mois qui portait immédiatement au-dessus de la caroncule lacrymale, entre les interstices des muscles droit interne et droit supérieur, une tumeur transparente, du volume d'un grain de groseille; aux alentours, la tumeur était très-vasculaire et épaissie; le docteur Estlin pensa qu'il avait affaire à un cysticerque, tant cette tumeur ressemblait à une autre que lui avait présentée cet entozoaire l'année précédente. Une ouverture qu'il fit au petit kyste donna issue à un liquide visqueux au milieu duquel se trouva, en effet, l'hydatide qui ressemblait à une portion de membrane blanche d'un dixième de pouce d'étendue. Le petit malade se guérit rapidement des suites de cette opération.

(*Ibid.*)

Action du seigle ergoté administré à l'extérieur, par le docteur Wright.

Il ne produit aucun effet sur la peau saine; mais sur une surface dénudée il occasionne la gangrène; appliqué sous forme de poudre, il agit comme hémostatique puissant; ce n'est pas seulement comme absorbant qu'il réussit dans ce cas; car, la farine et les autres poudres analogues sont loin d'avoir le même degré d'efficacité. L'infusion elle-même répandue sur une plaie diminue notablement l'écoulement du sang. Ainsi, on a pu, avec des tampons de charpie trempés dans une infusion de seigle ergoté, arrêter l'écoulement du sang après la division de l'artère poplitée chez un mouton, de l'artère caudale et même de l'artère crurale antérieure chez le cheval; toujours on a pu, par le même moyen, arrêter le sang après la division des veines jugulaires et de la grande veine saphène.

Le docteur Wright a remarqué que les plaies ainsi arrosées d'infusion de seigle ergoté se réunissaient et se cicatrisaient aussi bien que les autres; il en conseille donc l'emploi dans les opérations chirurgicales où les hémorrhagies des petits vaisseaux entravent si souvent la rapidité des opérations. Il le recommande aussi pour les hémorrhagies utérines puerpérales. (*Ibid.*)

Traitement de la céphalalgie nerveuse par l'aconit, par le docteur Burger.

La céphalalgie dont parle l'auteur peut être produite par deux causes : l'anémie générale et l'épuisement nerveux. Il donne à cette occasion, une longue description des divers phénomènes morbides qui signalent l'existence de ces deux états si ordinaires dans les grandes villes. Nous les passons sous silence; car ce serait reproduire une grande partie de la pathologie générale et spéciale des maladies des femmes. Le D. Burger assure s'être bien trouvé, dans tous

les cas, de l'emploi de l'extrait d'aconit, surtout lorsqu'il l'avait fait précéder de quelques doses d'aloès et de myrrhe pour provoquer quelques selles; il va sans dire qu'il faut y joindre l'exercice et un régime réparateur. L'auteur commence les doses d'aconit par deux et trois centigr. d'extrait *frais* d'aconit toutes les deux ou trois heures; il fait en même temps remarquer qu'avec le temps cette substance s'altère beaucoup; alors elle devient noire.

Le mémoire se termine par trois observations de céphalalgie nerveuse guérie par l'aconit. (*Ibid.*)

Surdité traitée avec succès par la perforation de la membrane du tympan, par A. Wilhart.

M..... était atteint, depuis son enfance, d'une légère surdité accompagnée d'une petite perforation de la membrane du tympan; vers l'âge de quatorze ans, à l'occasion d'une scarlatine, il lui survint un écoulement purulent par les oreilles: cet écoulement disparut avec la fièvre éruptive; mais le malade resta sourd, ce qui l'amena bientôt à s'apercevoir que l'ouverture qui existait avant sa maladie à la caisse du tympan s'était fermée. Depuis cette époque, il entendait, par moments, dans ses oreilles, des bruits de cloches et des explosions violentes. A quelque temps de là il s'aperçut qu'en forçant l'air à pénétrer dans la caisse, il faisait diminuer un peu son infirmité; aussi prit-il l'habitude d'emplir sa bouche d'air, puis, fermant cette cavité et se pinçant le nez, il comprimait le gaz dont une certaine quantité forçait alors les trompes et arrivait au tympan. Quelques années après cette découverte, il consulta M. Wilhart qui lui perfora le tympan avec une aiguille plate; cette opération lui permit d'entendre les sons du piano; plus tard une légère inflammation ramena l'oblitération de la plaie et la perte de l'ouïe qui fut rétablie par la même opération que l'on fut obligé de renouveler six fois; le malade pensa alors qu'une large perte de substance pourrait seule rendre l'ouverture permanente; M. Liston la lui pratiqua en se servant d'une espèce d'emporte-pièce. Depuis dix ans l'ouverture se maintient toujours ouverte et l'ouïe est presque parfaite. (*Lancet.*)

Surdité attribuée au sulfate de quinine; par le docteur Williams.

Le quinquina a été depuis deux siècles l'objet de bien des accusations. Il y a deux mois, on l'accusait encore d'avoir causé le mutisme. Aujourd'hui c'est la surdité. On n'articule pas moins de trois cas dans ce journal. Le premier est celui d'une femme de quarante-huit ans, atteinte depuis quelque temps d'une sciatique. Il y avait trois semaines qu'on lui donnait du sulfate de quinine, lorsque tout à coup elle fut prise de surdité. Des apéritifs seulement furent administrés, et l'ouïe revint au bout de trois semaines. Le sujet de la seconde observation élève beaucoup plus la voix; car il n'a pas été tout-à fait aussi heureux. C'est une femme de soixante ans qui avait souvent pris des doses très élevées de sulfate de quinine pour un tic douloureux dont elle souffrait beaucoup. L'ouïe s'en alla petit à petit, et la malade en vint bientôt à ne plus pouvoir prendre part à la conversation. Elle continua cependant encore la quinine pendant quelques jours; elle la cessa ensuite, mais sans rien faire pour sa surdité. Au bout de trois semaines, l'ouïe revint un peu; mais elle est restée assez dure pour que la malade ne puisse entendre que les personnes qui lui parlent à très haute voix.

(*Ibid.*)

Emploi du soufre dans le traitement de quelques maladies spasmodiques, et spécialement dans celui de l'angine de poitrine; par le docteur Munk.

En décembre 1837, M.***, âgé de soixante-deux ans, fit appeler l'auteur pour des hémorrhoïdes qu'il portait depuis long-temps.

Un traitement lui fut prescrit, dont il paraissait se trouver fort bien, lorsqu'il fut pris d'une attaque violente d'une angine de poitrine dont il souffrait depuis six ans et à des intervalles de plus en plus rapprochés sans qu'aucun moyen pût les arrêter. M. Munk lui recommanda de se tenir le ventre libre au moyen de quelques doses de soufre.

Le malade était déjà perdu de vue, lorsque l'auteur apprit qu'il avait fidèlement continué à prendre tous les soirs trois grammes de soufre dans une tasse de lait, et que les attaques d'angine de poitrine ainsi que les hémorrhoïdes avaient disparu. Cependant il se plaignit beaucoup de l'odeur désagréable que le soufre donnait à sa respiration; on lui permit de remplacer le soufre par un autre purgatif, la conserve de casse Mais il revint trois nouvelles attaques en quatre mois. Le malade recourut alors au soufre et s'en trouva bien. Pendant l'automne de 1838, son courage succomba encore aux fortes chaleurs de la saison, et le soufre reçut momentanément son congé, qu'on fut bientôt obligé de lui retirer.

En mai 1839, le malade a eu un très léger accès, quoiqu'il prît du soufre à cette époque: mais ce fut le seul. L'examen de la poitrine n'a rien offert de bien concluant, un soupçon de légère hypertrophie des parois ventriculaires.

L'auteur en était à se demander quelle

avait pu être la cause de ces suspensions des paroxysmes, lorsqu'il se trouva que le soufre avait été indiqué par le docteur Chapman dans ses *Elements de thérapeutique*, comme un remède populaire très-employé contre les crampes des extrémités inférieures; M. Munk se mit alors à l'employer à l'extérieur dans les mêmes circonstances. Cette médication lui a réussi ainsi que dans trois cas de spasme du canal alimentaire. Il cite ensuite une seconde observation d'angine de poitrine qui a également cédé au même moyen.

Ce traitement, à supposer qu'on s'en rapporte à un aussi petit nombre de faits, a deux inconvénients que l'auteur ne se cache pas : le premier, le plus grave, est l'insupportable odeur qu'il communique à la transpiration, odeur qu'aucun moyen pharmaceutique ne peut neutraliser et qu'on n'atténue qu'en évitant tout ce qui peut provoquer la sueur. Le second, ce sont des coliques qu'on attribue à la présence d'une petite quantité d'arsenic, ou plutôt peut-être à la présence de l'acide que le soufre contient toujours, lorsqu'il a été préparé avec négligence. On prévient ces coliques en y joignant un sel alcalin, et si celui-ci ne réussit pas, une petite dose de poivre cubèbe.

(*Ibid.*)

Teinture d'iode appliquée à l'extérieur contre les inflammations superficielles ; par le docteur Lanyon.

Encore un médicament anti-érysipélateux dont l'efficacité est, bien entendu, supérieure à celle de ses prédécesseurs. On cite en sa faveur neuf observations qui ne sont qu'une fraction très minime des cas nombreux où a été employée la teinture d'iode. Toutes ces médications, si puissantes qu'elles paraissent à leurs auteurs, ont l'inconvénient de ne tenir compte que de l'organe visiblement atteint, et sans prétendre jeter un blâme exclusif sur la méthode de M. Lanyon, nous conseillerons aux praticiens d'en revenir à la vieille méthode de Desault, à l'émétique en lavage. C'est encore la médication que suivent ceux qui l'ont connue avant Broussais, avant les sangsues, avant l'onguent mercuriel, avant l'axonge, avant le nitrate d'argent, et avant bien d'autres.

(*Ibid.*)

Du chanvre dans le traitement du tétanos et des autres maladies convulsives ; par le docteur O'Shangnessy, de Calcutta.

Qu'on ne rende point, dit l'auteur, le chanvre d'Europe responsable des mécomptes qu'on pourrait rencontrer dans son emploi ; car il n'en découle point, comme dans les climats chauds, un suc résineux à odeur narcotique pénétrante, au goût âcre et amer.

L'extrait résineux employé par M. O'Shangnessy se prépare en faisant bouillir dans l'alcool le sommet de la tige du chanvre jusqu'à ce que la résine soit dissoute et en l'évaporant ensuite jusqu'à siccité ; la teinture se prépare en dissolvant quinze centigrammes de cet extrait dans trois grammes d'alcool. Les maladies dans lesquelles il l'emploie sont le rhumatisme, le choléra, l'hydrophobie et le tétanos. Les essais n'ont présenté rien de bien concluant pour les deux premières de ces affections. Dans un cas d'hydrophobie confirmée, le chanvre produisit une amélioration évidente; le malade goûta un peu de repos, put même boire de l'eau; mais, le cinquième jour, il tomba dans la stupeur et succomba.

C'est dans le tétanos traumatique que les succès ont été réellement surprenants ; car sur sept cas où le chanvre a été employé, quatre ont été suivis de guérison. La dose était en commençant de dix à quinze centigrammes d'extrait alcoolique toutes les trois et ensuite toutes les deux heures.

Mais, dans des cas désespérés, on l'a poussée jusqu'à cinquante centigrammes. L'effet immédiat de ce médicament était le relâchement des muscles et la diminution de la tendance aux convulsions.

Le docteur Bain, qui l'a aussi employé, a eu deux cas de guérison sur trois. Un autre cas de succès a été encore obtenu en ville par un parent de M. O'Shangnessy.

Ces faits méritent d'être pris sérieusement en considération. Il est à désirer que des médecins de nos hôpitaux puissent se procurer l'extrait alcoolique de chanvre des Indes, afin de voir si la suite répondra à d'aussi heureux commencements.

(*Ibid.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 24 novembre.)

Note météorologique sur le département de la Charente-Inférieure; par M. Fleuriau, de Bellevue.

L'auteur s'est proposé pour but dans ce mémoire de remédier à l'insalubrité des marais de la Charente-Inférieure. M. Fleuriau établit que l'insalubrité des marais commence surtout quand leurs lits se dessèchent ; quand le fond des marais est de nature calcaire, leur influence est moins pernicieuse, et cela tient moins aux propriétés chimiques de ces terres qu'à la disposition physique des roches calcaires. Un tableau complet de la différence de la mortalité, suivant les différentes localités du département, montre qu'elle est en raison directe du plus grand nombre de marais. Ainsi telle localité perd un homme sur seize, tan-

dis que telle autre en perd un sur quarante, un sur soixante-deux. Ces marais offrent dans le département une grande diversité : tantôt ce sont des prairies qui, tout l'hiver, restent couvertes par les eaux, et qui ne se sèchent qu'aux approches de la belle saison. Ailleurs ce sont ou des marais salins desséchés, et ceux-ci sont très insalubres, ou des marais salins en continuelle activité. M. Fleuriau termine en proposant au gouvernement quelques moyens de desséchement.

M. Dupuy regrette vivement que l'auteur n'ait fait aucune mention de l'influence que les marais exercent sur la santé des animaux.

M. Castel reproche à M. le rapporteur de n'avoir pas dit que les habitants de ces pays sont chétifs, mal développés, affaiblis. On s'en assure, dit-il, sur les conscrits de ces endroits, et c'est une chose vraiment merveilleuse que de voir combien, une fois hors de leurs villages malsains, ces jeunes gens croissent et se fortifient.

M. Chervin fait observer que les fièvres intermittentes marécageuses cèdent bien plus facilement, dans certains pays, au traitement par les saignées d'abord et le quinquina ensuite, que par le quinquina seul.

Note sur un anévrysme poplité du côté gauche, qui a persisté et s'est reproduit en partie après l'opération par la méthode de Hunter; par M. Roux.

Au mois d'août 1837, M. Roux opéra pour un anévrysme poplité du côté droit, M. Levasseur, médecin-vétérinaire. L'opération fut pratiquée sur la fémorale par la méthode de Hunter et par le procédé de Scarpa. M. Roux a toujours choisi pour l'anévrysme poplité la méthode de Hunter : ce chirurgien a pu observer et opérer cette espèce d'anévrysme trente-deux fois, et dans toutes les ligatures d'artères qu'il a faites, il a toujours mis deux ligatures et séparé l'artère des liens par un petit rouleau de diachylon.

En juillet 1840, ce malade entra à l'Hôtel-Dieu pour un anévrysme poplité du côté opposé, M. Roux lui fit sur le membre affecté une opération en tout semblable à la première. Les premières suites en furent heureuses, mais ce malheureux succomba au bout de dix-neuf jours à une résorption purulente.

M. Roux fait suivre cette observation de quelques réflexions : il dit que les cas de double anévrysme poplité et de double opération sur le même individu sont fort rares; que c'est la deuxième fois qu'il observe cette maladie sur les deux membres d'un homme.

(Séance du 1er décembre.)

Discussion sur la note lue dans la dernière séance, par M. Roux, *relativement aux anévrysmes.*

M. Velpeau revendique, pour Anel, la méthode de traitement employée par M. Roux, et qu'il a fort gratuitement attribuée à Hunter. La méthode ancienne consistait à ouvrir le sac et à lier l'artère au-dessus et au-dessous : la méthode nouvelle veut qu'on lie l'artère au-dessus de la tumeur, du côté du cœur.

Anel, incontestablement, a fait le premier cette opération. Il est vrai que Hunter l'a faite aussi, qu'il a même proposé de porter la ligature plus haut, mais il n'a pas créé une méthode nouvelle en l'éloignant de la tumeur.

M. Roux répond qu'en désignant sous le nom de méthode de Hunter la nouvelle méthode de traiter les anévrysmes, il s'est conformé à l'usage, et il croit que l'usage n'est pas coupable d'injustice. Sans doute, Anel avait lié l'artère humérale pour un anévrysme du pli du bras, sans doute Desault avait lié la poplitée pour un anévrysme de cette artère ; mais Hunter a plus formellement insisté sur le précepte de lier les artères au-dessus des anévrysmes; il a même choisi pour l'anévrysme poplité un lieu beaucoup plus favorable que celui choisi par Desault.

M. Bégin : Il est, pour choisir le siége des ligatures d'artères, des règles qui doivent se plier et aux complications qu'offre la maladie et à la naissance des artères collatérales, et aussi aux maladies des artères elles-mêmes. Je crois qu'on a tort d'attribuer à Hunter et à Scarpa la méthode qui consiste à placer les ligatures entre la tumeur et le cœur. Les étrangers ne sont habituellement guère disposés à reconnaître nos conquêtes scientifiques, et ce n'est pas à nous à aller les enrichir des découvertes qui nous appartiennent. La vérité est que cette nouvelle méthode de traitement des tumeurs anévrysmales appartient à Anel.

Empoisonnement par l'acétate de plomb liquide; plomb retrouvé dans l'urine.

Une jeune fille de bonne constitution, poussée au suicide par le désespoir, avala, à six heures du soir, trente ou quarante grammes d'acétate de plomb en solution. Elle fut presque immédiatement prise de défaillance, de syncope, elle tomba, et eut même quelques convulsions et quelques vomissements. On lui fit d'abord avaler de l'eau sucrée, puis du sulfate de magnésie, et enfin du sulfate de soude : cette jeune fille se remit assez promptement. Vingt-cinq heures après son empoisonnement, elle rendit une assez grande quantité d'urine que M. Villeneuve remit à M. Orfila.

Carbonisée, traitée par l'acide nitrique et soumise aux réactifs des sels de plomb, cette urine a donné une quantité sensible de plomb.

(Séance du 8 décembre.)

M. Chevalier annonce qu'il a entrepris, avec M. Bricheteau, des recherches sur l'urine des ouvriers attaqués de coliques ou d'autres maladies saturnines. Il tiendra l'Académie au courant de ces travaux.

Antimoine trouvé dans les urines d'un homme affecté de pneumonie et qui n'avait pris que un gramme dix centigrammes d'émétique dans une potion.

On met sous les yeux de l'Académie une soucoupe sur laquelle sont déposées des taches d'un gris-bleuâtre, brillantes, et qui sont tout-à-fait semblables aux taches d'antimoine : elles proviennent des urines d'un homme, qui, atteint d'une pneumonie grave, a pris seulement un gramme dix centigr. d'émétique dans une potion.

Hernie inguinale d'une nouvelle espèce.

M. Velpeau a opéré dernièrement, à l'hôpital de la Charité, une vieille femme offrant une hernie inguinale étranglée depuis deux jours. Dans cette espèce de hernie, l'intestin avait pénétré la paroi abdominale entre le tendon du grand droit et l'artère ombilicale pour arriver de là dans le canal inguinal, où elle était restée, laissant intact l'anneau externe, et soulevant l'aponévrose du grand

oblique qu'il a fallu inciser au-dessus de son anneau. Cette hernie, qui jusqu'ici n'a point été directe, offre ceci de particulier, que le débridement nécessaire pour lever son étranglement peut à peu près se faire indifféremment en dedans ou en dehors. En dedans, aucun organe important à blesser; en dehors, les vaisseaux épigastriques se trouvent à deux centimètres.

M. Roux dit qu'il ne partage pas l'opinion de M. Velpeau relativement au caractère de la hernie; suivant lui, il s'agit ici d'une hernie ventrale.

Opération du strabisme.

M. Baudens présente deux individus sur lesquels il a pratiqué depuis deux jours l'opération du strabisme sur un œil seulement. Ils offraient tous les deux le strabisme convergent. Aussitôt après l'opération, l'œil opéré a pu se porter en dehors. — MM. Roux et Velpeau s'opposent de toutes leurs forces à la pratique de cette opération.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du lundi 9 novembre.)

Présidence de M. Poncelet.

De l'origine et du mode de développement des zoospermes, par M. Lallemand.

Les recherches comparatives qu'a faites le professeur de Montpellier sur la liqueur séminale de l'homme et des animaux lui ont fait retrouver à l'état normal, chez ces derniers, ce qu'il avait vu chez l'homme à l'état pathologique.

Les zoospermes sont sécrétés par le testicule, et sont susceptibles, comme tous les produits de sécrétion, d'être modifiés par des maladies graves. Ainsi ils diminuent en nombre, en volume, en densité, en vitalité. Ils peuvent être remplacés par des corps piriformes ovoïdes ou tout-à-fait sphériques. A l'époque de la puberté ces globules précèdent l'apparition des zoospermes complets, et ils les remplacent dans la vieillesse, dans les cas pathologiques. Pareille chose se voit chez les animaux à l'état normal, à chaque période qui ramène la saison des amours. Les zoospermes ne sont complets qu'à l'époque du rut.

Les zoospermes sont plus nombreux dans les canaux sécréteurs des testicules que partout ailleurs; ils y sont entassés presque à sec les uns contre les autres. Ils se séparent dans le canal déférent, où leur dilution et leurs mouvements sont favorisés par les fluides fournis par les diverses glandes. Les plus voisins de l'orifice excréteur sont les plus mobiles; ce sont eux aussi qui sont rendus pendant la copulation.

Il répugne à beaucoup de physiologistes d'admettre que les glandes puissent sécréter des corps vivants; et ce serait, selon eux, le seul exemple de cette nature qu'on pourrait citer dans l'économie. C'est une erreur complète, ajoute M. Lallemand. Les ovaires sécrètent des ovules qui sont des *corps vivants* bien avant la fécondation, qui se perfectionnent dans les oviductes, après leur séparation de l'ovaire, et s'y comportent exactement comme les zoospermes.

Le reste du mémoire est consacré à des détails sur l'accroissement et la forme des zoospermes dans divers animaux. L'auteur termine en promettant de faire connaître incessamment à l'Académie le résultat des recherches qu'il poursuit tous les jours sur ce sujet.

Recherches sur la composition chimique du cerveau de l'homme, par M. E. Fremy.

L'auteur prétend être allé dans ses travaux beaucoup plus loin que M. Couerbe, auquel il rend du reste hommage de la découverte de la cholestérine dans le cerveau. Mais il promet qu'il essaiera de démontrer l'impureté des corps que ce chimiste considère comme des produits immédiats.

D'après les analyses de M. Frémy, le cerveau de l'homme serait formé d'une quantité considérable d'eau et de matière insoluble dans l'éther, qu'il désigne sous le nom de matière albumineuse. La partie soluble dans l'éther est formée principalement par trois matières :

1° Par la matière blanche qu'il nomme *acide cérébrique*, lui ayant reconnu des propriétés acides bien tranchées;

2° Par une matière grasse liquide, qui a la composition et toutes les propriétés de l'oléine de graisse humaine;

3° Par de la cholestérine. On trouve en outre dans le cerveau des quantités très-faibles et variables d'acide oléique, d'acide margarique, de cérébrate de soude et de matière albumineuse.

Nous ne rapportons pas les procédés d'analyse employés par M. Frémy, à cause de la longueur de leur description. Nous dirons seulement quels sont les résultats qu'il a obtenus en contradiction avec ceux de M. Couerbe. Le corps que ce dernier chimiste a nommé *éléencéphol* ne serait qu'un mélange d'oléine et de cérébrate de soude.

La *céphalote* serait un mélange d'oléine, de cérébrate de soude et de traces d'albumine. La *stéaroconote* serait formée par un mélange d'albumine et de cérébrate de soude.

La matière albumineuse du cerveau, ajoute M. Frémy, a la propriété de transformer à la longue l'oléine en acide oléique. Quant aux corps gras enfin, il a reconnu qu'ils se trouvent dans la matière blanche du cerveau et que la matière grise n'en contient que des traces, ce qui le porte à dire que la partie qui forme en quelque sorte la charpente du cerveau est primitivement grise, et que c'est la matière grasse qui, en venant se répandre et s'infiltrer dans l'intérieur de la matière grise, forme ces zones blanches qui constituent la partie blanche du cerveau.

(Séance du 16 novembre.)

Loi générale de la reproduction dans tous les êtres vivants, par M. Lallemand.

Ce mémoire est la suite du travail du même auteur lu dans la séance du 9. Nous n'y trouvons rien qui n'ait été dit dans les ouvrages de physiologie les plus récents. Cependant, comme il est un résumé assez bien présenté des connaissances actuelles sur ce point, nous en reproduirons les traits les plus saillants.

La génération, dit le professeur de Montpellier, est la fonction la plus universelle avec la nutrition, puisque tous les êtres vivants se reproduisent. Malgré la diversité apparente des phénomènes, il doit y avoir quelque chose de commun dans un acte qui est commun à tous. C'est dans les êtres les plus simples qu'il faut chercher

cette condition fondamentale de la génération, puisque c'est chez eux que la fonction, réduite à ses derniers termes, est débarrassée de tout ce qui n'est pas indispensable.

Le mode de génération le plus simple est la monogénie. Elle peut s'accomplir par scission longitudinale ou transversale, par gemmiparité extérieure ou intérieure; par spores, par propagules, tubercules, turons, etc. Dans tous ces cas une partie vivante se sépare de l'animal *type* (et non *mère*, car ce mot suppose des organes femelles, lesquels supposent aussi, nécessairement, des organes mâles; or, dans la monogénie il n'y a ni père ni mère), quand elle possède tout ce qui lui est nécessaire pour continuer à se développer isolément. Mais la vie existait déjà dans ce nouvel être avant sa séparation de l'organisme-souche, et quelquefois même il contribuait à l'entretien commun, quand la séparation s'est opérée. La reproduction par monogénie n'est donc qu'une extension de la nutrition, et ce qui le prouve, c'est qu'elle est proportionnée à l'abondance de l'alimentation. Quand elle est exubérante, les nouveaux polypes poussent eux-mêmes des bourgeons, et ceux-ci en produisent d'autres avant que la séparation s'opère.

Lorsque les divers tissus de l'économie sont devenus très-distincts, lorsque les fonctions se sont multipliées, la reproduction ne peut plus s'opérer que par le concours de deux individus ou de deux organes distincts. Mais la transition n'est pas brusque, car il y a beaucoup de végétaux et d'animaux qui se reproduisent à la fois par monogénie et par digénie. D'un autre côté, dans les classes inférieures, les deux sexes diffèrent très-peu; et même, dans les conjuguées, il est impossible de distinguer le mâle de la femelle. Les deux tubes sont remplis de matière semblable, ils se rapprochent, les granules passent d'une cavité dans l'autre et la fécondation a lieu; mais personne n'aurait pu dire à l'avance quelle serait celle des deux cellules qui recevrait les granules de l'autre.

A mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, les organes de la reproduction se compliquent de part et d'autre; mais au fond le phénomène essentiel de la reproduction reste toujours le même. Dans la digénie, une partie vivante se sépare des organes mâle et femelle, quand il peut en résulter un être nouveau, susceptible d'un développement ultérieur complet.

L'ovule végétal vit de la vie de l'ovaire au moment où la fécondation s'opère; il continue à recevoir sa nourriture du podosperme, qu'on a mal à propos appelé cordon ombilical, jusqu'au moment où l'embryon et l'embryotrophe ont pris assez de développement pour puiser ailleurs les éléments d'une existence indépendante (germination).

L'ovule animal vit après sa séparation de l'ovaire et avant d'être fécondé, car il continue à croître, il s'enveloppe d'albumine, de nouvelles membranes, etc. Dans les batraciens, les ovules les plus faciles à féconder artificiellement sont ceux qu'on prend à la fin de l'oviducte; les fécondations sont nulles, quand on agit sur des ovules puisés dans l'ovaire lui-même. Ainsi les ovules se perfectionnent comme les zoospermes, en approchant de l'orifice extérieur. Aussitôt que la fécondation vient d'avoir lieu, la surface de l'ovule se couvre de sillons dans tous les sens et change à chaque instant d'aspect.

La vie est indispensable à l'ovule pour s'unir avec le zoosperme, car une soudure ne peut s'établir qu'entre parties vivantes. Si l'on a pu douter de la vitalité des ovules, c'est qu'on en a jugé par comparaison, sans songer qu'il y a bien des degrés entre le lichen et l'homme, entre l'os et le muscle, quoique le lichen et l'os jouissent aussi de la vie; c'est qu'on ne s'est pas assez souvenu que l'animal le plus élevé dans l'échelle des êtres passe par tous les états intermédiaires, et qu'au moment de la fécondation il se trouve précisément au point de départ, au degré le plus inférieur de l'animalité.

C'est sur le disque de la membrane proligère que s'opère la fécondation; c'est là que tout a été préparé pour recevoir le zoosperme.

Les exemples de pareilles soudures ne manquent pas dans la fonction même de la génération. L'œuf fécondé se soude à la matrice pendant tout le temps de la gestation. L'embryon des marsupiaux se soude plus tard au mamelon de la tétine. Il arrive souvent que deux placenta se confondent; deux fœtus se soudent aussi par des parties similaires et restent égaux, quand ils ont la même vigueur; ou le plus fort atrophie l'autre. Il peut même l'engloutir complètement dans son développement rapide. Il n'y a en effet que l'hypothèse de deux zoospermes greffés sur le même écusson qui puisse expliquer l'existence d'un fœtus dans l'abdomen d'un garçon adulte, fait qui a été plusieurs fois constaté.

En résumé, la fécondation n'est pas un acte dans lequel une matière inerte soit tout à coup vivifiée par un liquide amorphe, par une action électrique, nerveuse, dynamique, etc. C'est essentiellement l'union de deux parties vivantes, dont chacune est nécessaire au développement ultérieur de l'autre. De cette manière, la reproduction par le concours des deux sexes rentre dans la même loi que celle qui s'opère par monogénie.

Chez l'homme la rencontre de l'ovule et du zoosperme peut avoir lieu dans l'ovaire, puisque les grossesses ovariques ont été souvent constatées; ou en sortant de l'ovaire, puisque les grossesses péritonéales ne sont pas rares.

L'auteur termine par ces mots : En m'élevant ainsi rapidement de la conferve jusqu'à l'homme, pour chercher l'unité de loi qui préside à la reproduction de tous les êtres vivants, on concevra que je n'ai pu discuter aucun point en particulier. Mais la plupart des faits sur lequel je me suis appuyé sont connus; les autres, assez nombreux, seront bientôt publiés.

(Séance du 30 novembre 1840.)

Recherches sur les animalcules spermatiques. Lettre de M. le docteur Prévost, de Genève, à M. Dumas.

Cette lettre, datée du 18 mai 1839, n'était pas destinée à la publication; mais M. Dumas et M. Lallemant ont pensé qu'elle intéresserait les physiologistes par la concordance des faits qu'elle renferme avec les résultats communiqués à l'Académie par le professeur de Montpellier.

Les animalcules spermatiques n'ont pas l'extrémité arrondie en tête comme on se l'était figuré. Chez la grenouille, la salamandre et le crapaud, l'animalcule se compose :

1° D'une portion antérieure très-mobile et très-effilée, fort transparente et se mouvant avec rapidité;

2° D'une partie moyenne plus épaisse;

3° D'une queue effilée et transparente aussi, plus mobile que le corps.

Lorsque l'animalcule délayé dans l'eau a été quelque temps sous le microscope, la portion an-

térieure se recourbe, s'applique au corps par son extrémité, et prend cette apparence de tête qui a trompé les physiologistes.

Les animalcules n'arrivent pas tout formés dans les testicules; ils s'y développent et y croissent. Chez les animaux à sang froid l'animalcule spermatique, en décembre, est très-court. On ne lui distingue pas ses parties antérieures et postérieures, bien qu'il soit doué de mouvement.

Les animalcules spermatiques sont sensibles aux poisons; ainsi l'acide hydrocyanique abolit immédiatement leurs mouvements. La strychnine les tue aussi, quoique moins vite, après leur avoir donné des crispations.

Ils peuvent supporter un froid de 8 à 10° au-dessous de zéro, sans perdre le mouvement.

Si l'on arrête la putréfaction des testicules d'une grenouille en les entourant de charbon pilé, on retrouve les animalcules très-mobiles au bout de cinq ou six jours. En trois jours les testicules exposés à l'air n'offrent plus d'animalcules mobiles.

M. Prévost a fécondé l'une par l'autre les deux espèces de grenouille, la *rana esculenta* et la *rana temporaria*. Mais il n'a rien pu obtenir entre le crapaud et la grenouille.

Observations relatives aux effets thérapeutiques des bains d'air comprimé, par M. Pravaz.

L'auteur expose les résultats d'une nouvelle application du bain pneumatique. Il fournit le moyen de remédier à certains vices de conformation sur lesquels la mécanique orthopédique n'a aucune prise.

La pleurésie suivie d'épanchement donne souvent lieu à l'atrophie d'un des poumons. Shaw, Boyer et Delpech regardent cette circonstance comme une des causes des déviations latérales de l'épine, et c'est une de ces déviations auxquelles les moyens orthopédiques et chirurgicaux ordinaires ne peuvent rien.

Dans un cas de ce genre le bain d'air comprimé a rendu au côté du thorax atrophié l'amplitude qui lui manquait. Un jeune garçon de quatorze ans avait eu, dans les premières années de sa vie, une attaque violente de pleurésie. Le côté droit resta frappé d'atrophie; le gauche se développa par compensation de manière à produire une déviation latérale de l'épine de ce dernier côté. L'économie en fut notablement altérée; les catarrhes et la toux étaient habituels.

Le docteur Bottex, consulté pour ce malade, reconnut que le poumon droit était absolument imperméable à l'air. Il conseilla le bain pneumatique pour dilater les cellules pulmonaires. Au bout de quinze jours de l'emploi de ce moyen l'air pénétrait dans le sommet du poumon plissé et la toux avait diminué d'autant. Après quatre mois de traitement on ramena la respiration dans la presque totalité du poumon droit, le côté droit s'était développé et avait diminué proportionnellement la déviation latérale.

L'auteur signale aussi une atrophie des poumons due à un gonflement chronique des amygdales. L'excision est ici un moyen curatif. Mais si la dépression du sternum était originelle, ou due à tout autre obstacle à la respiration, telle que l'étroitesse des fosses nasales, par suite d'un coryza chronique, le bain pneumatique trouverait son application. Il l'a vu du moins réussir complètement, après que tous les autres moyens avaient échoué, chez une jeune personne de quatorze ans, qui, par suite de l'étroitesse de la poitrine, était sujette à des hémoptysies fréquentes. On trouvera peut-être une analogie frappante entre ces résultats et ceux que le docteur Steinbrenner a publiés pour démontrer que l'exercice actif et répété des muscles inspirateurs et expirateurs peut développer assez promptement la cavité thoracique rétrécie.

M. Pravaz cite ensuite un cas d'incontinence d'urine à la suite de paraplégie, qui a aussi cédé au bain d'air comprimé.

NOUVELLES.

Prix proposés pour l'année 1842 et autres.

— Prix de l'Académie. — Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différents rapports.

Ce prix sera de 1,500 fr.

— Prix fondé par madame Marie-Élisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie de médecine un prix annuel pour l'auteur du meilleur « ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, » l'Académie propose pour sujet du prix à décerner en 1842 : « l'Histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Les Mémoires, dans les formes usitées, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mai 1842.

— Prix fondé par M. le marquis Lebascle d'Argenteuil. —*Extrait de son testament*. « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix sera décerné en 1844; sa valeur sera donc de 8,238 fr. et des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

— Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament :* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 21 mars 1840, sera décerné en 1843.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le ju-

gement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Sont exceptés de cette disposition les concurrents aux prix fondés par MM. Lebascle d'Argenteuil et Itard.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1841.

— Prix de l'Académie. — « 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie ; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée ; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. » Ce prix est de 2,000 fr.

— Prix Portal. — « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle épinière) ; en exposer les causes, les signes et le traitement. » Ce prix est de 1,200 fr.

— Prix Civrieux. — « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix est de 2,000 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1841, et les Mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

Dix mémoires avaient été renvoyés à l'Académie pour son prix de physiologie sur la menstruation.

Le prix a été partagé entre MM. Raciborski, docteur en médecine à Paris, chef de clinique à la Charité ; et Brière de Boismont, également docteur en médecine à Paris, etc.

Une première mention honorable a été accordée à M. Legarde (Henri), docteur ex-lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la société royale de médecine de Bordeaux, etc., médecin à Confolens (Charente).

Et une deuxième mention honorable à M. Gillet de Grandmont, docteur en médecine à Paris.

En 1838, MM. Raciborki, Brière de Boismont avaient déjà reçu un encouragement sur la même question.

Enseignement médical.

M. Souberbielle, élève du frère Côme, fait des leçons sur la lithotritie et la lithotomie. Elles ont lieu tous les dimanches à dix heures du matin, à l'école pratique.

Hôpitaux.

Le conseil municipal, appréciant l'utilité de l'œuvre de Sainte-Geneviève, vient de lui accorder une subvention sur le rapport de M. Beau, l'un de ses membres. Cette institution, fondée par souscription et sous la direction de M. Tanchou, est entièrement consacrée au traitement des femmes malades. Par suite, l'œuvre Sainte-Geneviève prendra une nouvelle extension. A partir du 1er décembre ses consultations ont eu lieu rue Neuve-Saint-Denis, 5, les lundis, mercredis et vendredis à neuf heures. Un médecin secrétaire ayant des appointements y sera attaché. M. Tanchou s'adjoindra un médecin par arrondissement pour visiter les femmes qui ne pourront pas aller le consulter.

— M. Benjamin Desportes, administrateur des hôpitaux civils de Paris, vient de mourir.

— Cinq places nouvelles d'interne vont être créées, dont trois à l'annexe de l'Hôtel-Dieu et deux à Bicêtre. L'élève externe attaché à chacun des services des hôpitaux excentriques recevra 300 francs par an. Il aura de plus les dissections gratuites.

Médecine militaire.

Les candidats dont les noms suivent sont admis à prendre part aux concours pour le professorat, qui s'ouvriront le 5 janvier prochain à l'hôpital de perfectionnement.

Pour la médecine : MM. Cazalès, Martin, Mialhes, Cambay, Rulh, Laveran et Champouillon, médecins-adjoints.

Pour la chirurgie : MM. Leclerc, Bernet, Bonnafont, Guiliano dit Castano, chirurgiens-majors, Salleron, Marchal, Scrive, Gama, Goffres et Maignien, chirurgiens aides-majors.

Pour la pharmacie : MM. Poggiale, pharmacien-major ; Millon, Choulette et Goldscheidder, pharmaciens aides-majors.

En outre, les candidats qui, à la suite du concours du 21 de ce mois, auront été reconnus aptes aux emplois de médecin-adjoint, auront la faculté de se présenter au concours pour les emplois de médecin-professeur.

— Des hôpitaux militaires vont être créés à Belfort et à Saint-Denis. MM. Aulagnier, médecin ordinaire, Grémaud, chirurgien principal, Herpin, pharmacien-major, et Gouvion, officier d'administration comptable, sont désignés pour diriger en chef ce dernier établissement.

— Un rapport du général Schramm, en date du 16 novembre dernier, relatif aux expéditions qui ont eu lieu récemment en Algérie, cite avec éloges M. Delahaye, chirurgien sous-aide blessé.

— M. le docteur Bouchacourt vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

Faits divers.

— M. le comte de Paris, dont la santé a donné pendant quelque temps de vives inquiétudes, est tout-à-fait hors de danger. La guérison du jeune prince est complète, et il a repris les habitudes ordinaires de sa vie, ce dont on ne manque pas de faire honneur au régime du lait de femme prescrit par M. Donné, et aux avis de MM. Blache, Chomel et Guersant.

— Le bruit court qu'une décision est prise pour que désormais les concours aux places de professeurs dans les Facultés de médecine et de droit de tout le royaume aient lieu et soient jugés à Paris. Les raisons qu'on donne de cette modification sont la faiblesse de certains concours, et même l'insuffisance, dans quelques cas où la nomination n'a pu être faite.

Cette décision va déjà même avoir son effet. D'après un arrêté du Conseil royal, du 10 de ce mois, le concours qui devait avoir lieu le 2 janvier prochain à Strasbourg pour les deux chaires de pathologie externe et de clinique externe, est reporté au 2 mai suivant, et sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris.

Nécrologie.

Le mois de décembre a vu mourir MM. Esquirol et Landré-Beauvais.

IV. — ANATOMIE.

PLANCHE IV DE L'ATLAS D'HOOPER.

Tumeur semi-cartilagineuse de l'utérus.

La première figure représente plusieurs tumeurs de la partie externe de l'utérus, et qui n'y adhèrent que par un étroit pédicule. On voit aussi dans l'intérieur de la matrice une excroissance polypeuse. La seconde figure montre une tumeur semi-cartilagineuse de forme globulaire chez une femme de quarante-six ans. L'utérus est vu par sa partie postérieure; on a toutefois enlevé une portion de sa substance, ainsi que de celle de la tumeur, pour mieux faire voir leur structure comparée. Une portion du vagin a été enlevée, de manière à laisser apercevoir l'état du museau de tanche.

Fig. 1.

Vue de la partie postérieure de l'utérus à laquelle adhèrent quelques tumeurs semi-cartilagineuses piriformes.

A. Fonds de l'utérus.

B. Bords de l'ouverture pratiquée à la matrice.

C. Intérieur du vagin.

D. Petites tumeurs semi-cartilagineuses suspendues à la surface externe de l'utérus par des pédicules étroits, et complètement recouverts par le péritoine.

E. Tumeur de même nature croissant comme un polype à la surface interne de la cavité utérine près de l'ouverture de la trompe de Fallope. Elle est légèrement ramenée en avant par un petit bout de plume interposé entre elle et la matrice.

F. Col utérin.

G. Petite tumeur située juste à l'entrée du museau de tanche descendant de l'intérieur du col et ressemblant au pédoncule étiré d'un polype.

H. Portion vaginale de l'utérus ayant un aspect engorgé.

I. Ovaire présentant une structure légèrement lobulée, mais du reste parfaitement saine.

K. Trompes de Fallope.

L. Corps frangés des trompes.

Fig. 2.

Utérus élargi considérablement par une tumeur semi-cartilagineuse globulaire. On le voit par sa partie postérieure.

A. Fond de l'utérus.

B. Col utérin.

C. Portion vaginale tellement tuméfiée et arrondie que les lèvres ont disparu. Une sonde passe de l'utérus dans le vagin par l'intérieur du col.

D. Vagin fendu par sa partie postérieure.

E. Bords de la division pratiquée sur le corps de la matrice.

F. Tumeur globulaire semi-cartilagineuse de nature tuberculeuse. On en a enlevé une tranche de manière à laisser voir une surface entrecoupée de lignes à forme de croissant, comme cela se voit dans ces sortes de tumeur.

PLANCHE V.

Tumeur semi-cartilagineuse de l'utérus.

Utérus d'une femme de cinquante-quatre ans considérablement développé par le fait de la croissance d'une tumeur semi-cartilagineuse. Une grande partie en a été enlevée pour laisser voir la structure de la tumeur ainsi que celle de la matrice.

A. Fond de l'utérus.

B. Col utérin. On reconnaît l'hypertrophie de l'utérus au développement énorme de sa substance, à l'élargissement et au nombre de ses vaisseaux.

C. Un reste de vagin qui a été enlevé dans sa presque totalité.

D. Museau de tanche.

E. Les ovaires irréguliers à leur surface et contractés.

F. Trompe de Fallope avec ses franges du côté gauche.

G. Trompe droite allongée et se terminant en cul-de-sac.

H. Ouverture des artères et des veines divisée.

I. Cavité utérine dont la membrane interne est très vascularisée.

K. Surface entamée d'une tumeur semi-cartilagineuse de forme globulaire et limitée extérieurement par des lobules. On voit s'y ramifier, ainsi que dans la tumeur L, des cordons blanchâtres d'un tissu très-ferme.

L. Portion d'une tumeur plus petite, du reste, parfaitement semblable.

M. Très-petite tumeur semi-cartilagineuse près de la surface externe de l'utérus.

PLANCHE VI.

Tumeur semi-cartilagineuse de l'utérus.

L'utérus est énormément distendu par l'accroissement d'une tumeur semi-cartilagineuse dans son intérieur et de quelques autres plus petites qui y adhèrent. Ces tumeurs, au nombre de six de même structure, ne tiennent à l'utérus que par le péritoine qui les entoure.

A. Tumeur considérable implantée au fond de l'utérus. Une portion considérable en a été enlevée au moyen d'une section transversale faite à sa partie antérieure, de manière à laisser apercevoir sa structure.

L'étendue de cette tumeur est ici réduite de moitié. Les autres sont de grosseur naturelle.

B. Trois portions complétement cartilaginifiées et englobées dans la tumeur.

C. Paroi de l'utérus très-amincie.

D. Col utérin ouvert pour laisser apercevoir l'intérieur de cet organe jusqu'à la terminaison supérieure de l'incision.

E. Museau de tanche.

F. Vagin.

G. Tumeur tuberculeuse, de consistance et d'aspect semi-cartilagineux, enveloppée par le péritoine et adhérant à l'utérus par un petit pédoncule.

H. Tumeur plus petite, de même structure.

I. K. L. Autres petites tumeurs pareilles aux précédentes.

M. Le ligament rond.

PLANCHE VII.

Tumeurs osseuses et calcaires de l'utérus.

Figure 1.

L'utérus offre à son centre une tumeur arrondie à surface framboisée, mais de consistance très-dure et enfermée dans une membrane légèrement vascularisée. Un segment de l'utérus a été enlevé à sa partie postérieure pour mieux laisser apercevoir la tumeur.

A. Corps de l'utérus à sa membrane interne.

B. Péritoine dont le bord divisé s'étend d'un côté à l'autre.

C. Le vagin rétréci, et se voyant dans sa portion utérine.

D. Sonde passée du museau de tanche dans le col utérin et sortant de la cavité utérine dont l'axe se trouve changé par le fait de l'accroissement de la tumeur.

E. Bord de la résection de l'utérus.

F. Tumeur osseuse, globulaire et offrant à sa surface de petites projections arrondies.

G. Ligament rond.

H. Ligament large.

I. Ovaire.

K. Trompe de Fallope.

Figure 2.

Segment desséché d'une tumeur osseuse très-dure qui tenait appendue à l'utérus par des vaisseaux et par le péritoine. Le poids de ce segment était de trois onces, six drachmes anglaises. L'utérus auquel elle appartenait s'était converti en une masse osseuse tellement informe que les ovaires et les trompes pouvaient seuls la faire reconnaître pour l'utérus. Les parois de cet organe étaient minces comme du pain à cacheter.

A l'état frais, cette tumeur était entourée de portions osseuses y attenant au moyen d'une membrane celluleuse, de sorte que le tout avait une apparence comme marquetée.

Fig. 3.

Concrétion calcaire échappée pendant la vie de l'intérieur de l'utérus, et présentée à l'auteur par le D. Andrews de Watford.

PLANCHE X.

Céphalome de l'utérus.

Utérus avec des portions d'intestin qui y adhèrent; cet organe est hypertrophié; il est du reste converti en tissu céphaloïde.

A. Fond de l'utérus.

B. Lèvres du museau de tanche, gonflées, rouges, déchirées et ulcérées.

C. Utérus dont un segment triangulaire a été enlevé à sa partie antérieure.

D. Bord déchiré de la cavité utérine.

E. Vagin.

F. Portion de l'iléon adhérant fortement à la surface de l'utérus.

G. Portion malade de l'utérus qui s'est forcé un passage dans la cavité de l'intestin.

H. Autre portion proéminente de l'utérus.

La partie postérieure de cet utérus, à laquelle le rectum adhérait fortement au moyen de bandes membraneuses et ligamenteuses, présente plusieurs productions tuberculeuses de même structure médullaire, qui rétrécissaient considérablement le canal intestinal.

PLANCHE XX.

Hygroma de l'ovaire.

Cette planche offre une hydropisie de l'ovaire; les deux organes sont convertis en sacs distendus par des kystes vasculaires.

A. Corps de l'utérus un peu plus gros qu'à l'état normal.

B. Museau de tanche.

C. Vagin.

D. Trompe de Fallope.

E. Ovaire malade offrant une structure lobulée.

F. Bords du sac ovarique dont une portion a été enlevée à sa partie supérieure pour laisser voir sa structure intérieure.

G. Une partie de l'autre ovaire qui était d'un volume deux fois plus grand que celui que nous représentons ici.

H. Bord de la section pratiquée sur cet ovaire.

VARIÉTÉ.

ESQUIROL.

Nous extrayons les passages suivants du discours prononcé par M. Pariset sur la tombe de M. Esquirol.

. . . . . .

«En 1817 il ouvrit le premier cours que l'on eût encore entendu sur les maladies de l'esprit. Des médecins français, des médecins étrangers accoururent à ces leçons d'une singularité si neuve et si attrayante. Souvent les leçons devenaient des causeries familières où les auditeurs présentaient en toute liberté leurs objections, et de ces objections discutées naissaient toujours de nouvelles lumières.

Chaque année le cours se terminait par une séance où Esquirol donnait un prix de 300 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur un point déterminé de l'aliénation. C'est ainsi que s'est formée cette brillante colonie de médecins qui, soit en France, soit dans toute l'Europe et au delà des mers, sont à la tête des établissements où se traitent les maladies de cette nature. Et de là aussi l'immense réputation qu'Esquirol s'était faite et qui n'était ignorée que de lui-même.

Ce zèle pour la science et pour le bien-être de ses malades lui fit entreprendre des voyages. Il parcourut la France et les pays étrangers, cherchant partout les lieux où il se promettait ou de porter ou de prendre quelque amélioration. Une idée préoccupait son esprit si bienveillant et si sagace. Il supposait qu'un bâtiment vaste, élégant, élevé, propre, sagement distribué, pénétré d'air et de lumière et dominant un bel horizon, était tout à la fois pour les aliénés une leçon de logique, un séjour d'harmonie et de paix, où de riantes images concourent avec la sérénité du ciel et les soins affectueux du médecin, à ramener l'ordre dans les idées et le calme dans les sentiments. Rien ne parle en effet plus vivement à l'âme que le sentiment du bien-être, et ce sentiment se forme surtout dans une habitation commode, protectrice, et j'ai presque dit bienveillante, où le plaisir attaché à la vie peut être goûté sans mélange. Une mauvaise habitation irrite, au contraire, comme le ferait une injure permanente. Voilà pourquoi Esquirol avait profondément étudié les avantages d'une bonne construction pour les malades, voilà ce qu'il a en grande partie réalisé dans son établissement d'Ivry (1); et voilà aussi le point capital sur lequel il a été consulté si souvent par des préfets et par de grandes administrations d'hôpitaux. C'est sur les directions qu'il a données que Rouen, Nantes, le Mans, Montpellier, Marseille, ont élevé pour leurs aliénés les édifices qui font aujourd'hui l'ornement des grandes villes et la consolation des départements voisins. J'y joindrai les constructions magnifiques auxquelles on travaille actuellement à la maison royale de Charenton, et qui feront nécessairement de cette maison le plus bel établissement de l'univers.

L'excellence de ses vues sur ce point n'a été nulle part plus solennellement reconnue qu'à son passage à Turin. On élevait dans cette capitale un bâtiment pour les aliénés; le roi de Piémont allait en faire la visite. Instruit de la présence d'Esquirol, il le pria de l'accompagner. Esquirol ne dissimula point à ce prince les inconvénients de cette maison, et, frappé de ses remarques, le roi déclara sur-le-champ que ce bâtiment servirait de caserne, et qu'un nouvel édifice serait immédiatement construit pour les aliénés sur les plans donnés par le médecin français.

. . . . . .

En 1826, Esquirol devint médecin en chef de la maison royale de Charenton. Il a porté dans cette maison d'utiles réformes, il en a accru la renommée; il en a publié plusieurs statistiques raisonnées; il en a provoqué la reconstruction. Cette reconstruction se poursuit aujourd'hui sur un plan tout nouveau, qui, je le répète, sera un modèle pour l'avenir.

. . . . . .

En 1834, pendant qu'il faisait en Italie un voyage que sa santé chancelante avait rendu nécessaire, la Société des sciences morales et politiques le mit au nombre de ses correspondants. Mais, dans les intervalles qui séparent ces années, que de travaux divers, que de mémoires importants sur les questions les plus complexes de la médecine légale, sur la monomanie homicide qu'il a signalée le premier à l'attention des médecins et des philosophes; sur l'incertitude des signes dans certains cas de suspension; sur l'indispensable nécessité de l'isolement dans certaines maladies de l'esprit; sur cette étrange colonie d'aliénés qui vivent en pleine liberté dans un village de Flandre, et que les habitants occupent sans risque, soit à la culture de la terre, soit même à des travaux domestiques.

Une secte nouvelle suppose qu'entre les configurations extérieures de la tête et les aptitudes intellectuelles et morales il existe des rapports qui permettent de conclure de celles-ci à celles-là, et réciproquement. Esquirol a fait mouler en plâtre les têtes de beaucoup d'aliénés dont il connaissait le caractère et la portée d'esprit. Ces plâtres n'ont rien démontré, si ce n'est peut-être le vide de la nouvelle hypothèse.

Mais le plus grand ouvrage d'Esquirol, l'ouvrage qui lui donne parmi nous, et qui lui donnera dans la postérité un rang très-élevé parmi les médecins, c'est le traité sur les maladies mentales qu'il a fait paraître il y a deux ans. Là, sont réunis, coordonnés, refondus en corps de doctrine les mémoires et les articles plus ou moins étendus qu'il avait disséminés en nombre infinis dans les recueils.

. . . . . .

Depuis long-temps la santé d'Esquirol s'affaiblissait. Il avait de fréquents retours de catarrhe; un amour exagéré de ses devoirs le conduisit, il y a dix jours, au conseil de salubrité. Il en revint avec un surcroît de souffrance. Chaque jour le mal s'est aggravé; Il en mesurait les degrés; il en pressentait la prochaine issue. Mais, plein de tendresse pour les siens, il les rassurait sur son état et les consolait de ses propres maux. Enfin l'heure fatale est venue, Esquirol s'est endormi du sommeil du juste, dans les bras d'une religion sainte et consolatrice qui lui a ouvert les portes de l'éternité.

(1) Le bel établissement d'Ivry-sur-Seine, si connu par un grand nombre de familles en France, si remarqué par tous les étrangers qui le visitent, pour la beauté du paysage qu'il présente et pour l'heureuse distribution de ses bâtiments, cet établissement, auquel Esquirol avait consacré tant de soins, ne périra pas avec lui. Il est continué par le docteur Mitivié, médecin de la Salpêtrière, neveu du savant dont nous déplorons la perte, et qui avait été associé à sa fondation et à sa direction. Un autre médecin, ancien ami d'Esquirol, appelé par lui depuis plusieurs mois à se vouer aux malades d'Ivry, séjourne également dans la maison. N. D. R.

Le directeur de service, J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 8. — FÉVRIER 1841.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CLINIQUE DE L'HÔPITAL NECKER.

I. De la compression comme méthode exclusive de traitement des abcès du sein.

Le médecin qui, le premier, fait connaître un moyen utile de traitement, mérite sans doute beaucoup de la science; mais celui qui popularise une méthode déjà employée et trop peu connue, et qui ajoute à l'expérience des autres le tribut de sa propre expérience, rend souvent un service plus important encore, en ce sens qu'il fait du domaine public ce qui, jusqu'alors, n'avait été connu que d'un petit nombre de praticiens.

Quoique M. le professeur Velpeau ait, depuis plusieurs années, constaté, par des expériences publiques, l'utilité de la compression dans les tumeurs phlegmoneuses du sein, et qu'il ait fait connaître les résultats de ses travaux, cependant cette méthode de traitement, trop peu employée par son auteur malgré son incontestable utilité, est en quelque sorte ignorée, et presque tous les médecins ont sans cesse à déplorer de voir s'éterniser les abcès du sein, lorsqu'il leur serait si facile de les guérir promptement, et de prévenir les récidives. Il est vrai que M. Velpeau a eu peut-être le tort de ne pas donner à la compression l'importance presque exclusive qu'elle a, suivant nous.

Dans ce travail, nous indiquerons d'abord sommairement l'état de la science relativement au mode de développement des abcès du sein. Nous insisterons sur les inconvénients attachés à cette maladie, et nous ferons connaître les résultats que nous avons obtenus à l'aide de la compression employée comme méthode à peu près exclusive de traitement.

Les inflammations et les abcès du sein sont si fréquents chez les femmes qui allaitent qu'on a lieu vraiment d'être étonné de voir qu'il faille arriver jusque dans ces derniers temps pour trouver une bonne description de cette maladie.

En effet, parmi les auteurs classiques, les uns, comme J.-L. Petit, passent tout-à-fait sous silence les abcès des mamelles, et les autres ne leur consacrent guère un chapitre particulier que pour compléter le cadre nosologique.

Exceptons-en cependant Boyer, qui, s'il ne connaît pas les différentes variétés qu'avec raison on admet aujourd'hui dans les abcès du sein, a néanmoins posé les bases d'une thérapeutique saine et judicieuse.

En Angleterre, plusieurs chirurgiens ont cherché à jeter quelques lumières sur le sujet qui nous occupe. Ainsi, Hey a décrit une forme d'abcès du sein dans laquelle le pus est placé profondément dans la glande mammaire ou entre cette glande et les côtes. Dans cette variété, qu'il n'a jamais observée que chez les femmes enceintes ou les nourrices, le pus, pour se faire jour au dehors, se creuse quelquefois plusieurs trajets sinueux, et les conseils que donne M. Hey, de fendre tous ces tissus les uns après les autres, sont encore suivis de nos jours par les chirurgiens les plus distingués. Mirkland ne s'est occupé que des abcès chroniques ou enkystés de la mamelle. Mais Samuel Cooper reconnaît que l'inflammation peut affecter la glande mammaire elle-même, ou bien être bornée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané; il donne quelques signes à l'aide desquels on peut distinguer ces deux variétés l'une de l'autre, et il ajoute qu'on *prétend* même que dans l'inflammation sous-cutanée la suppuration se fait plus rapidement que dans celle de la glande mammaire.

Les travaux de nos voisins d'outre-mer étaient oubliés, ou plutôt ignorés en France, car on n'en trouve aucune trace dans les articles publiés postérieurement, lorsque M. Velpeau fit connaître ses idées, d'abord dans des leçons faites à la Charité, et plus tard dans un excellent travail dont il nous reste à donner les grandes divisions.

M. Velpeau, prenant pour base de la division des phlegmasies du sein l'anatomie chirurgicale, admet que les unes ont leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, les autres dans la couche celluleuse sous-mammaire, et que les troisièmes enfin s'établissent dans l'épaisseur même de la glande. De là les dénominations d'inflammations superficielles ou sous-cutanées, profondes ou sous-mammaires et glandulaires. Mais chacune de ces grandes divisions est elle-même subdivisée. Ainsi, la couche sous-cutanée ne présente pas partout la même structure; vers la circonférence de la glande elle est épaisse, raréfiée, abondamment pourvue de tissus graisseux; au contraire, à mesure qu'on se rapproche du mamelon, on la trouve mince et dépourvue de tissu adipeux. Cette différence de structure imprime aux inflammations des caractères particuliers qui conduisent à établir les deux sous-variétés suivantes : inflammation de l'aréole, inflammation du tissu cellulo-graisseux.

Dans la glande mammaire, l'inflammation peut avoir pour siége, soit le tissu glanduleux lui-même, ce qui est rare, soit les canaux excréteurs du lait, soit enfin le tissu cellulo-fibreux qui unit les différentes parties constituantes de la mamelle. De là trois distinctions à faire.

Enfin, les inflammations ou abcès sous-mammaires sont tantôt idio-pathiques, tantôt, au contraire, ils sont symptomatiques d'une affection grave, soit des côtes, soit des organes contenus dans la poitrine. Ceux-là ne devront pas nous occuper.

Les observations que nous avons recueillies viennent tout-à-fait à l'appui des idées de M. Velpeau; aussi admettons-nous les trois grandes divisions établies par cet habile praticien. Nous ferons toutefois une légère restriction pour ce qui a trait aux inflammations et abcès de la glande mammaire proprement dite; nous pensons en effet que, d'après les connaissances anatomiques, il est facile d'admettre que l'inflammation peut avoir, soit au début seulement, soit pendant tout le cours de la maladie, trois siéges différents.

Mais nous devons avouer que nous ne connaissons pas encore de symptômes bien tranchés à l'aide desquels le médecin peut arriver à cette exactitude de diagnostic. Aussi regardons-nous ces subdivisions, bien que rationnelles, comme n'étant encore que du domaine de la théorie. C'est à l'expérience maintenant à prononcer. Nous verrons d'ailleurs que, dans la pratique, ces idées ne sont pas d'une utilité incontestable.

D'après le résumé succinct des idées du savant professeur que nous venons de citer, on peut voir que l'histoire des inflammations du sein paraît être aujourd'hui très-avancée, mais il n'en est malheureusement pas de même de leur thérapeutique, et rien n'est plus fréquent que de voir de pauvres nourrices en butte pendant plusieurs mois à des abcès interminables, dont elles s'estiment quelquefois heureuses d'acheter la guérison au prix d'opérations toujours douloureuses et qui ne sont pas toujours sans danger.

On ne saurait donc trop tourner son attention vers la thérapeutique des inflammations du sein, et ce serait rendre un service signalé que de pouvoir, en traçant des règles constantes pour guider la conduite des praticiens, de pouvoir, disons-nous, conseiller un moyen facile et sûr, applicable à presque tous les cas.

Chargés d'un service de nourrices, nous avons été, comme tout le monde, frappés de la difficulté si grande d'arriver assez promptement à la guérison des abcès du sein, quel que soit d'ailleurs leur siége, et nous avons dû faire tous nos efforts pour vaincre cette difficulté. Parmi les moyens proposés pour obtenir la curation des abcès des mamelles, il en est un cité surtout par M. Velpeau, mais auquel il ne paraît attacher qu'une importance secondaire; nous voulons parler de la compression.

Ce moyen, nous l'avons employé à l'exclusion de tout autre dans le traitement des abcès du sein que nous avons observés, et les services signalés qu'il nous a rendus nous ont engagés à publier les résultats auxquels nous sommes arrivés.

Nous ne craignons pas d'avancer que les praticiens qui voudront employer la compression, en suivant les règles que nous poserons plus tard, guériront presque toujours leurs malades, et abrégeront de beaucoup la durée de la maladie.

Nous nous proposons donc de démontrer que la compression, comme méthode exclusive, est applicable à toutes les variétés d'abcès du sein admises par M. Velpeau. Pour cela nous croyons convenable de commencer par une description abrégée des symptômes propres à chacune de ces variétés, et dans cette partie de notre travail se placeront tout naturellement quelques observations apportées à l'appui de ce que nous aurons avancé.

Phlegmons superficiels ou sous-cutanés.

1° Inflammation sous-aréolaire. Nous n'avons observé qu'un seul cas de cette variété. La maladie qui se montra immédiatement après la guérison d'une inflammation de la couche graisseuse sous-cutanée se traduisit à nous par une douleur très-faible d'abord et qui augmenta ensuite, s'accompagna de rougeur et d'une légère tuméfaction. Le troisième jour la suppuration était formée, l'ouverture fut pratiquée à l'aide de la lancette, et la guérison ne se fit pas long-temps attendre.

2° Inflammation de la couche graisseuse. Le plus souvent, bornées à quelques points de la surface du sein, les inflammations qui nous occupent sont quelquefois très-étendues, et affectent la forme des phlegmons diffus

des membres, avec lesquels elles ont plus d'un point de ressemblance. On les observe de préférence à la partie externe du sein, ils se rencontrent cependant encore soit à la partie supérieure, soit à la partie inférieure.

Ils reconnaissent quelquefois pour cause une irritation de la glande mammaire, et alors l'inflammation s'établit de dedans en dehors, mais le plus souvent elle a été produite par une irritation de la peau, telle que celle qui accompagne les crevasses, par exemple.

Les symptômes sont ceux qui caractérisent l'inflammation phlegmoneuse par excellence, c'est-à-dire, douleur, rougeur, chaleur et tumeur. En effet, la maladie débute toujours par une douleur, d'abord très-légère, mais qui, quelquefois, acquiert une extrême intensité, en même temps la partie où se montre cette douleur, sur le caractère de laquelle nous n'avons rien à dire de particulier, devient le siége d'une tuméfaction assez notable, ordinairement uniforme. Quand elle est assez étendue, comme il existe entre la peau et la glande un tissu cellulaire lâche qui se laisse facilement distendre, et qu'au contraire celui qui unit la peau de l'aréole au tissu propre de la mamelle ne se prête pas à cette distension, il suit de là que le mamelon paraît être déprimé. La rougeur, le plus souvent régulière, offre cependant quelquefois, dans différents points, une teinte violacée. Enfin, ajoutons que toujours la malade a le sentiment d'une chaleur assez vive dans toute la partie enflammée.

La réaction générale varie singulièrement sans qu'il soit possible d'apprécier les causes de la différence immense que l'on observe. Ainsi telle femme a un phlegmon diffus, occupant toute l'étendue de la glande et comprenant en même temps le tissu cellulaire sous-cutané et sous-mammaire, et cela presque sans réaction fébrile; telle autre, avec les mêmes désordres locaux, a une fièvre véhémente, la langue sèche et fuligineuse, un délire furieux, en un mot, les accidents ataxo-adynamiques les plus graves. Dans d'autres cas, un simple phlegmon aréolaire cause, chez une nourrice, une perturbation générale beaucoup plus grave qu'un vaste abcès qui dissèque profondément toute la glande. En recherchant les conditions qui font ainsi varier l'appareil réactionnel, nous avions été conduits théoriquement à penser que les symptômes les plus graves devaient apparaître lorsque le tissu cellulaire était frappé de mort, soit que ce sphacèle dût être attribué à une intensité plus grande de l'inflammation, soit qu'il reconnût pour cause une disposition spéciale de l'économie, disposition en vertu de laquelle les phlegmasies de mauvaise nature seront plus faciles ou retentiront d'une manière plus fâcheuse sur l'organisme. Cette idée nous avait été suggérée par les chirurgiens qui, pour la plupart, attribuent principalement les accidents ataxo-adynamiques à la gangrène du tissu cellulaire qu'ils observent dans les phlegmons diffus des membres, et à la résorption des produits morbides de mauvais caractère.

Mais l'examen comparatif des faits nous a démontré qu'il n'en était pas ainsi. En effet, une femme dont l'abcès contenait un bourbillon qui avait deux décimètres de longueur sur une épaisseur de quatre à six centimètres, eut une fièvre presque nulle, tandis qu'une autre malade, dont l'abcès était d'une part moins volumineux, et d'autre part ne contenait qu'un bourbillon gros à peine comme un œuf de pigeon, eut un délire furieux, s'échappa de sa maison pendant la nuit, et fut recueillie au milieu de la plaine de Grenelle, et de là amenée à l'hôpital.

On ne peut néanmoins contester que, en mettant d'un côté tous les abcès dans lesquels on trouve un bourbillon, d'un autre côté ceux qui ne présentent pas de mortification du tissu cellulaire, les accidents généraux seront beaucoup plus graves chez les malades atteintes des abcès de la première catégorie que chez celles dont les abcès ne sont pas compliqués de bourbillon.

En tenant compte de tout, il nous a semblé que l'intensité des accidents généraux était en raison de la vivacité de la douleur, soit que cette douleur mît en jeu les réactions, soit qu'elle indiquât seulement une susceptibilité exagérée de la malade.

Abandonnée à elle-même, il est rare de voir cette inflammation se terminer autrement que par suppuration. Le gonflement alors devient beaucoup plus grand, tantôt limité et tantôt diffus; il présente quelquefois le volume d'un œuf ou du poing, quelquefois il est beaucoup plus considérable; la peau s'amincit, un des points devient plus saillant, l'épiderme se soulève, et la peau se perfore de dedans en dehors; le pus s'échappe alors ordinairement par une ouverture unique, quelquefois par des ouvertures multiples qui se forment successivement ou simultanément.

Quand la suppuration a été diffuse, on voit assez souvent se détacher de larges lambeaux de tissu cellulaire sphacélé contenant dans ses mailles une matière blanchâtre qui n'est autre chose qu'un produit de sécrétion. Chez la première malade où nous trouvâmes ce bourbillon, son volume et sa densité nous le firent prendre d'abord pour une partie de la glande mammaire que nous pensâmes un instant avoir extraite. Mais une inspection minutieuse, après une courte macération, nous fit reconnaître très-distinctement la trame celluleuse, et dès lors toute espèce de doute disparut.

Presque toujours, dans ces cas, le décollement de la peau est très-considérable. Un de nous se rappelle avoir vu à l'hôpital Beaujon une jeune femme chez laquelle la suppuration détruisit tout le tissu cellulaire sous-cutané d'un des seins, la peau tomba

en gangrène, et on vit alors une énorme plaie dont le fond était formé par la glande mammaire elle-même mise à nu.

M. Velpeau, à qui l'on doit certainement le meilleur travail sur les abcès mammaires, n'a pas indiqué d'une manière expresse l'existence de ces bourbillons dont nous avons parlé plus haut. Or, ces bourbillons peuvent, dans les abcès mammaires, avoir une étendue qui rappelle celle que l'on observe dans les phlegmons diffus des membres. Le quart des femmes dont nous avons recueilli l'observation, offrait ces bourbillons, et nous voyons (observ. III) combien ils peuvent être considérables. Dans ce cas il semble que tout le tissu cellulaire de la mamelle est frappé de mortification, et lorsque l'on introduit le doigt dans la vaste cavité de l'abcès, on sent la glande nettement disséquée, comme dans une préparation anatomique bien faite. De vastes bourbillons comme celui auquel nous faisons allusion ne s'observent que rarement, et ordinairement les masses mortifiées ne dépassent guère le volume d'une noix.

M. Velpeau, disons-nous, n'a pas indiqué ce bourbillon, et, comme nous lui parlions de cette omission, il nous a répondu qu'il ne l'avait que très-rarement observé, ce qu'il attribue d'une part à ce que les abcès qu'il a étudiés n'existaient pas toujours, à beaucoup près, chez les nourrices, tandis que nous, au contraire, nous ne les observions que chez des femmes qui allaitaient ou qui venaient d'accoucher; d'autre part, à ce qu'il n'attend pas, pour ouvrir les abcès des mamelles, que le pus soit réuni en une vaste collection; et l'on comprend en effet que les désordres locaux doivent être plus grands lorsqu'on laisse le pus séjourner dans la mamelle, disséquer et peut-être mortifier à loisir le tissu cellulaire qu'il baigne. Plus bas nous aurons occasion de discuter la question de savoir s'il convient d'ouvrir les abcès dès que le pus commence à se rassembler en collection, ou s'il convient d'en abandonner l'ouverture aux soins de la nature.

La nature gangréneuse des bourbillons n'est pas admise par tous les chirurgiens; quelques-uns, et à leur tête se place M. Bérard jeune, pensent que le bourbillon n'est qu'un produit de sécrétion, et que rien n'en démontre la nature gangréneuse.

Cette opinion, soutenue avec talent par M. Bérard, nous semble difficilement soutenable; et voici sur quels faits nous nous fondons pour nous refuser à considérer le bourbillon comme une production inflammatoire, analogue, jusqu'à un certain point, aux fausses membranes fibrineuses de la plèvre ou du péritoine. Lorsque l'on retire d'un abcès du sein un large bourbillon, et qu'on le laisse macérer quelques jours dans de l'eau, on le voit perdre rapidement de son volume, à mesure que le pus se dissout dans l'eau; et il reste enfin une trame cellulo-fibreuse dure, élastique, nacrée, dans laquelle on retrouve les traces d'une organisation avancée, et même de vaisseaux assez considérables. Or, comment se rendre compte d'une organisation aussi parfaite, dans l'hypothèse d'une production inflammatoire? Six, huit jours suffisent quelquefois pour qu'un abcès du sein s'ouvre au dehors, et on ne peut raisonnablement penser que la lymphe plastique puisse, en si peu de jours, prendre autant de consistance, et encore moins passer à l'état cellulo-fibreux.

Sans doute nous voyons dans la plèvre des fausses membranes consistantes se développer dans l'espace de deux à quatre jours, mais jamais nous ne les verrons se convertir en tissu nacré dans l'espace d'une semaine.

Si maintenant nous suivons l'analogie que M. Bérard invoque lui-même, et si nous comparons ce qui se passe dans la grande cavité cellulaire que l'on appelle plèvre avec ce que l'on observe dans les petites cavités que l'on a voulu appeler tissu cellulaire, nous verrons que dans la plèvre, par exemple, l'inflammation phlegmoneuse exclut précisément l'épanchement de lymphe plastique, de telle sorte que dans un empyème on ne trouve, après un, deux, trois mois, que du pus, de la sérosité purulente, et quelques fausses membranes molles et tomenteuses; tandis que, lorsque dans la pleurésie la plus aiguë il existe des fausses membranes épaisses et résistantes, on peut *à priori* être certain qu'il n'y a pas de pus dans la cavité pleurale. Comment expliquerait-on alors la formation de ces concrétions accidentelles et inflammatoires dans le cours de l'inflammation phlegmoneuse la plus aiguë, celle du sein?

Et maintenant nous pouvons ajouter que l'inspection anatomique démontre de la manière la plus directe que le bourbillon est formé aux dépens du tissu cellulaire de la mamelle; car, lorsqu'il est enlevé, on voit, si la peau est largement ouverte, les lobules de la glande mammaire à nu, et comme disséqués; ce qui n'aurait pas lieu dans l'hypothèse où se place M. Bérard.

Disons, pour rester dans le vrai, que le bourbillon est constitué par le tissu cellulaire de la mamelle, dans lequel du pus s'est sécrété, s'est infiltré, de manière à en augmenter considérablement le volume.

Il convient maintenant de rapporter quelques observations.

Obs. I. — Le 12 septembre 1840, est entrée au n° 9 de la salle Sainte-Julie une jeune nourrice de vingt-cinq ans, primipare, accouchée depuis vingt-cinq jours. A partir des premiers jours de l'allaitement, les deux mamelons furent envahis par de nombreuses crevasses; toutefois, celles du côté gauche étaient beaucoup plus profondes et plus douloureuses, et le bout du sein finit par tomber; cette jeune femme fut donc forcée depuis cette époque, 6 septembre, de ne plus donner à

téter du sein gauche; aussi, trois jours plus tard, c'est-à-dire le 9 septembre, elle éprouva des élancements dans le sein qui devint plus volumineux et rouge, bien qu'elle eût pris la précaution de mettre des cataplasmes depuis qu'elle avait cessé de donner à téter; en même temps il se développa une fièvre assez intense, qui dura trois jours.

Le 12, à son entrée à l'hôpital, la malade n'a plus de fièvre, mais le sein gauche est tuméfié dans une assez grande étendue vers la partie interne; il est dur, rouge, et douloureux surtout au toucher. A droite du mamelon, à cinq ou six centimètres à peu près, on rencontre un point assez circonscrit, plus saillant que le reste, et où la fluctuation est très-évidente. (Cataplasmes.)

Le 13. Hier, quelques heures après la visite, l'abcès s'est ouvert spontanément; il s'est écoulé une quantité assez considérable de pus de bonne nature, franchement phlegmoneux, ce qui a produit un soulagement immédiat; ce matin la tuméfaction, la rougeur et la douleur ont très notablement diminué; l'ouverture de l'abcès a environ la largeur d'une pièce de cinquante centimes, elle est faite comme avec un emporte-pièce; en pressant le sein, on fait sortir du pus d'un clapier superficiel s'étendant à droite.

Le lendemain, 14, à un demi-pouce à droite de l'ouverture qui existait déjà, il s'en est fait une autre plus grande que la première, et irrégulièrement oblongue.

Le 15, application d'un appareil compressif, composé de bandelettes de diachylon, et recouvert d'une grande bande de toile. Aussitôt après l'application de l'appareil compressif, les quelques douleurs que la malade éprouvait encore dans le sein ont tout-à-fait disparu, et on peut le toucher partout impunément.

Ce même jour, la malade cesse de donner à téter.

Le 17, le sein droit est rouge, tuméfié et dur dans une assez grande étendue au dessus du mamelon, qui est lui-même assez fortement excorié; peut-être cette inflammation est-elle due à ce que au lieu d'être soutenue à l'aide d'un bandage, la mamelle a été abandonnée à son propre poids. (Cataplasmes.)

Le 19, le bandage compressif est légèrement remonté, et laisse à découvert la plaie inférieure du sein, ce qui nous oblige à l'enlever; les deux plaies vont bien; la suppuration est peu abondante; et le décollement qui existe autour de la plaie située la plus à droite a déjà en partie disparu.

Le sein droit est toujours rouge; il est continuellement recouvert de cataplasmes, et tenu soulevé par une écharpe.

Réapplication du bandage compressif sur le sein gauche.

Le 23, le sein droit est rouge dans une plus grande étendue, et à un pouce et demi au dessus du mamelon, il existe un point saillant et luisant où peut-être la suppuration est déjà formée; le sein gauche va très-bien. Application du bandage compressif sur le sein droit, pour empêcher la formation de la suppuration si déjà elle n'a pas eu lieu.

Le 24, malgré les élancements que la malade ressent dans le sein droit et qui font croire à la suppuration, malgré la fièvre et une légère diarrhée qui existent depuis hier, le bandage n'est pas enlevé.

Le 25, l'abcès du sein droit s'est ouvert spontanément; le pus s'écoule à travers les intervalles des bandelettes de diachylon, et, en enlevant l'appareil, on voit à l'endroit qui, avant hier, était saillant et luisant, une ouverture principale, entourée de trois autres plus petites, et donnant issue à du pus que la compression du sein fait sortir en très-grande abondance; de temps en temps se présentent à l'ouverture quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, qu'on est obligé d'extraire avec des pinces à pansement. Après la sortie du pus, le sein est mou et considérablement diminué de volume. Autour de l'ouverture il existe un décollement assez grand.

Le sein gauche va très-bien, la peau est réappliquée sur les tissus sous-jacents, les plaies sont roses et vermeilles.

Application d'un bandage double.

Le 28, la suppuration du sein droit est très-abondante; en enlevant l'appareil, on voit une large plaie ovalaire à grand diamètre oblique, de haut en bas, et de dedans en dehors, et de la largeur d'une pièce de cinq francs, cette large plaie est due à la réunion de toutes celles qui existaient le 25. Le centre est occupé par une partie de la glande mammaire qui est à nu, et facilement reconnaissable à son aspect granuleux. L'angle supérieur contient du tissu cellulaire sphacélé, qui, enlevé à l'aide de pinces, laisse voir une excavation assez profonde, et un décollement de la peau s'étendant fort loin. Application de l'appareil compressif.

Le sein gauche va parfaitement bien; la première plaie est cicatrisée, l'autre, beaucoup plus étroite que ces jours derniers, ne suppure plus. Pansement simple avec un linge enduit de cérat.

Le 29. Il existait hier, au niveau du mamelon et de l'auréole du sein gauche, une légère douleur dont on ne tint aucun compte; aujourd'hui, outre la douleur, il y a une tuméfaction.

Le 30, la tuméfaction de l'auréole du sein gauche est plus notable, plus douloureuse; fluctuation manifeste; ouverture verticale de huit lignes, faite avec le bistouri; suppuration crémeuse, sans lambeaux de tissu cellulaire. Cataplasme de mie de pain.

Le 1er octobre, le sein droit va beaucoup mieux; suppuration moins abondante; décollement moindre. La plaie de l'auréole du sein gauche donne

très-peu de pus. Application d'un double bandage compressif.

Le 7, la plaie de l'auréole du sein gauche ne suppure plus, cependant elle n'est pas fermée. Suppuration du sein droit moins abondante; la plaie est moins large; le décollement n'existe plus; bourgeons charnus d'un bel aspect vermeil.

Le 11, la plaie se rétrécit de plus en plus; suppuration presque nulle; exubérance des bourgeons charnus; cautérisation avec le nitrate d'argent; pansement à plat; l'appareil n'est plus réappliqué.

Les jours suivants, la plaie ayant un aspect pâle et blafard, le pansement fut fait avec le baume d'Arcœus étendu sur un plumasseau de charpie.

Le 2 novembre, la malade sortit entièrement guérie.

Réflexions. — Cette observation, qui est la seule que nous donnerons avec tous ses détails, car ce serait rendre inutilement notre travail trop long, et peut-être fastidieux, nous paraît renfermer plusieurs particularités intéressantes. Et d'abord elle nous offre pour le sein gauche un exemple des deux variétés du phlegmon superficiel; à droite, un autre exemple de l'inflammation développée dans la couche graisseuse sous-cutanée. L'inflammation du tissu cellulo-graisseux de la mamelle gauche n'a mis que trois jours pour arriver à la suppuration, et alors l'abcès s'est ouvert spontanément par ulcération de la peau. Dix-sept jours plus tard, des deux plaies d'ouverture, l'une est cicatrisée, et l'autre presque guérie; mais quand on enlève le bandage, il existe déjà un commencement d'inflammation aréolaire, qui suppure deux jours plus tard; l'abcès est ouvert par le bistouri, et dix jours suffisent pour amener l'entière guérison; si nous ne pouvons pas dire au juste quelle a été la cause de l'inflammation sous-aréolaire, que nous soupçonnons avoir été la suite de l'inflammation de la couche cellulo-graisseuse, il n'en est pas de même pour cette dernière, qui a été bien évidemment produite par l'irritation vive, compagne nécessaire de profondes fissures du mamelon. Pour l'inflammation superficielle du sein droit, elle nous paraît, comme nous l'avons déjà dit, avoir été causée par les tiraillements qu'exerçait la mamelle non soutenue. Cette fois l'inflammation a été huit jours avant d'arriver à l'ulcération de la peau; la marche a donc été, comme on le voit, un peu moins rapide que pour l'autre côté, mais la suppuration ici nous présente quelque chose de bien remarquable, que nous rencontrerons du reste, même à un degré plus marqué, dans d'autres observations que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce travail; nous voulons parler de ces bourbillons ou lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Personne jusqu'à présent, que nous sachions, n'avait mentionné ce fait, et cependant il est loin d'être rare, car dans un court espace de temps, il nous a été donné de l'observer un bon nombre de fois. Nous nous occuperons avec soin de ce bourbillon, quand nous rapporterons des observations dans lesquelles il avait un volume considérable.

Obs. II.—Au n° 2 de la salle Sainte-Julie de l'hôpital Necker, est entrée le 3 novembre 1840 une nourrice de vingt ans, primipare, nommée Guillermond (Joséphine). Cette femme, d'une belle constitution, est accouchée il y a un mois; sa grossesse ne fut traversée que par ces accidents passagers auxquels toutes les femmes sont sujettes; l'accouchement eut lieu à terme, mais il fut pénible; le travail dura deux jours et deux nuits; les suites de couches suivirent leur cours naturel, il ne s'établit pas de fièvre de lait, bien que pendant les quatre premiers jours cette femme ne donnât pas le sein à son enfant. A partir du quatrième jour, elle commença à nourrir, et presque de suite elle eut des crevasses aux deux mamelons; celles du sein gauche, toutefois, furent beaucoup plus douloureuses que celles du côté droit. Au bout de huit jours, des douleurs se déclarèrent qui, partant du mamelon et de son auréole, s'irradiaient dans toute la partie externe du sein gauche; la malade dit que dès lors le lait cessa de couler de ce côté, et elle fut forcée de ne plus présenter que le sein droit. Presque en même temps le sein devint rouge et notablement tuméfié dans toute la partie qui était le siége de la douleur. Sentiment désagréable de chaleur intérieure; la fièvre se montre le lendemain de la douleur, et ne dure que deux ou trois jours. Ces symptômes persistèrent pendant treize jours, et pendant tout ce temps le sein fut constamment recouvert de cataplasmes émollients; à cette époque, trois ouvertures se formèrent spontanément, et le pus qui s'écoula en assez grande quantité, sans contenir de bourbillons, apporta un soulagement très notable à la malade.

Le 4, à la visite, nous trouvâmes le sein gauche encore rouge, tuméfié, et un peu dur dans toute la moitié externe. Les trois ouvertures laissent échapper une certaine quantité d'un pus louable, franchement phlegmoneux; l'ouverture supérieure irrégulièrement arrondie, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes environ, est déchiquetée sur ses bords; la plaie est peu profonde; les deux autres ouvertures sont plus petites, surtout l'inférieure qui est comme fistuleuse, et se rapprochent de l'auréole. Autour de ces petites plaies il existe un décollement notable, que démontre évidemment l'introduction d'un stylet, mais la douleur que cette petite opération cause à la malade nous empêche de nous assurer si, par l'intermédiaire du décollement de la peau, les trois ouvertures communiquent entre elles. On prescrivit pour ce jour-là des catataplasmes de mie de pain. Le lendemain 5, on appliqua le bandage compressif à bandelettes de diachylon, et quand on le leva

pour la première fois le 12 novembre, la suppuration était très-peu abondante, la plaie supérieure fermée de moitié, le décollement de la peau n'existait plus qu'autour de la plaie inférieure. On appliqua de nouveau l'appareil compressif, et six jours après, c'est-à-dire le 18, il ne restait plus à guérir que les petites plaies, fermées déjà en grande partie; du reste plus de suppuration, plus de décollement. Le 22 du même mois, la malade sortit tout-à-fait guérie.

Réflexions.—Voici encore un exemple de phlegmon de la couche graisseuse sous-cutanée produit par l'irritation causée par des crevasses du mamelon. Dans ce cas l'inflammation mit treize jours avant d'arriver jusqu'à la suppuration, et l'abcès s'ouvrit spontanément par plusieurs ouvertures voisines l'une de l'autre en ulcérant la peau de dedans en dehors. Pendant toute la durée de la période inflammatoire la malade put nourrir son enfant avec le sein droit, sans dommage aucun pour son nourrisson, et après l'ouverture de l'abcès il lui fut encore permis de le nourrir, sans dommage pour elle-même, sans que cela gênât en rien la marche de la guérison que nous avons pu obtenir après dix-huit jours de traitement. Quoique nous ne voulions pas discuter à fond la question de savoir si les nourrices, quand elles ont une inflammation du sein, peuvent ou doivent continuer de nourrir, nous dirons cependant que nous pensons que, quand le phlegmon n'envahit que le tissu cellulaire, soit sous-cutané, soit sous-mammaire, le médecin peut permettre l'allaitement, qui, dans ces cas, n'entrave nullement la marche heureuse de la maladie vers la guérison, tandis qu'au contraire, lorsque l'inflammation a eu pour siége la glande elle-même et qu'elle s'est terminée par suppuration, il est plus prudent de conseiller le sevrage, quitte à redonner le sein quand la mère sera guérie. Nous trouverons plus loin l'occasion d'appuyer d'exemples le conseil que nous donnons ici, et nous expliquerons alors les motifs qui nous ont fait admettre cette manière de voir.

M. Velpeau, dans son travail sur les abcès des mamelles, dit que, « lorsqu'ils sont très-rapprochés du pourtour de la glande, on doit craindre de voir la suppuration en gagner le tissu cellulaire profond, et l'abcès sous-cutané se compliquer d'abcès sous-mammaire. » Une observation que nous avons recueillie, et qui vient tout-à-fait à l'appui de l'opinion émise par ce praticien distingué trouve ici tout naturellement sa place.

Obs. III. — Une jeune femme blonde, âgée de dix-huit ans, primipare, d'une santé robuste, est entrée le 21 octobre 1840 au n° 8 de la salle Ste-Thérèse de l'hôpital Necker. Elle raconte qu'après une grossesse heureuse, elle accoucha sans difficulté à la Maternité le 6 octobre, que deux jours après son accouchement, à la suite d'ablutions froides faites par la sage-femme de service, elle eut une suppression des lochies et quelques douleurs dans le ventre, surtout dans la région hypogastrique; l'application continue de cataplasmes de farine de graine de lin, des boissons tièdes, firent promptement disparaître ces douleurs, et rappelèrent les lochies; la malade voulut sortir de l'hôpital au bout de six jours. Elle n'a donné à téter que pendant quatre jours, et cela toujours du sein gauche; quand elle cessa l'allaitement, elle n'eut recours à aucune médication pour faire passer son lait. Elle était tout-à-fait rétablie, quand le 17 courant, c'est-à-dire onze jours après son accouchement, elle fut prise tout d'un coup, à la suite d'une très-vive contrariété, d'une douleur violente dans le sein gauche; cette douleur persista pendant douze heures, et cessa lors que parut le gonflement du sein; presque en même temps, mais cependant quelque temps après la douleur, une fièvre intense se déclara, et fit place, le lendemain 18, à un *herpes labialis*.

A son entrée, le 21 octobre, la malade fut examinée avec soin; ses mamelles sont naturellement excessivement volumineuses et flasques, et ont même quelque chose de monstrueux. Il existe au sein gauche un gonflement très-grand dans toute la moitié externe; rougeur intense disparaissant momentanément lors de la pression, et s'étendant jusqu'à l'aisselle; coloration violette dans certains points irrégulièrement circonscrits; empâtement facilement reconnaissable à l'impression que laisse le doigt quand on comprime la partie tuméfiée. Dans toute cette partie, le sein est dur, nullement douloureux, même à une pression assez forte; le poids du sein est considérablement augmenté; sur toute la surface malade les ouvertures des cryptes de la peau sont dilatées, et beaucoup plus apparentes qu'à l'état normal; pas de fièvre; *herpes labialis* depuis le 18; santé générale satisfaisante; appétit conservé; rien du côté des cavités splanchniques.

Le 22, on applique l'appareil compressif à bandelettes de diachylon, qu'on enlève pour la première fois le 28. Pendant tout ce temps la malade n'a éprouvé aucune douleur, aucun mouvement fébrile, pas le plus petit frisson; elle a continué à manger la demie, et cependant, quand on enlève le bandage compressif, on voit, à la partie externe du sein, à l'endroit où la rougeur avait une teinte violacée, la peau séparée de son épiderme, dans une étendue égale à peu près à celle de la paume de la main, et au moment de l'ablation des bandelettes une quantité considérable de pus se fait jour par trois ouvertures qui se forment sous nos yeux. Dans ces endroits la peau présentait *des escarres*, qui, soutenues par les bandelettes, opposaient un obstacle à l'évacuation du pus, mais qui se sont rompues aussitôt qu'on a enlevé le bandage. La quantité

de pus qui s'est écoulée alors est considérable elle peut être évaluée à un litre et demi. Les trois ouvertures sont assez grandes pour que dans chacune d'elles on puisse introduire l'extrémité du doigt auriculaire. Quand on comprima le sein pour faciliter l'écoulement du pus, il se présenta, aux ouvertures que nous venons de mentionner, des bourbillons de tissu cellulaire sphacélé. Ces trois lambeaux de tissu cellulaire font partie de la même masse; pour l'extraire on est obligé de réunir, par une incision, deux des ouvertures cutanées, et former ainsi une plaie irrégulièrement circulaire de la largeur d'une ancienne pièce de trois francs; le volume de cette masse peut être évalué à celui de la moitié du poing d'un adulte. Le doigt introduit par la large plaie du sein se promène dans une excavation très grande dont il a de la peine à toucher les limites dans tous les sens. Cette caverne est parcourue par des brides nombreuses de tissu cellulaire, ce qui la fait comparer à ces énormes cavernes tuberculeuses qu'on trouve dans le lobe supérieur des poumons de certains phthisiques. En portant le doigt en haut et en dehors, on rencontre le bord de la glande mammaire derrière laquelle le foyer purulent se prolonge.

On applique d'abord des cataplasmes émollients, et, le lendemain, on a recours au bandage compressif, l'application présente quelques difficultés et ne peut pas être faite aussi méthodique que d'habitude. Cependant, le 2 novembre, la suppuration assez abondante est louable et de bonne nature; le décollement de la peau est moindre et l'aspect de la plaie satisfaisant. Le 7, à la seconde levée de l'appareil, la suppuration est beaucoup moindre et de bonne nature, les plaies sont plus petites, et il n'existe plus qu'un décollement peu étendu autour de chaque ouverture.

Le 15, le décollement est encore moindre, mais comme la flaccidité de la mamelle ne permet pas à la compression générale d'être exacte, le pus s'amasse dans un petit foyer autour des ouvertures de l'abcès. Aussi a-t-on recours, après avoir préalablement fendu l'abcès, à une compression partielle pour tâcher d'obtenir l'adhérence des parois de cette espèce de foyer secondaire, qui laisse pendant trois mois une fissure étroite et profonde.

Réflexions.—Cette observation, remarquable par l'étendue même des désordres, présente encore quelques circonstances qu'il est utile de rappeler. Nous voyons en effet la maladie débuter par une douleur très-vive accompagnée de fièvre, et qui se tait au bout de douze heures pour ne plus reparaître un seul instant.

Nous voyons qu'en opposition avec ce qui est dit partout dans les ouvrages de chirurgie, il a pu se former, sous l'influence d'une phlegmasie aiguë, une collection considérable de pus sans que la malade en ait la moindre conscience, sans qu'elle soit agitée du moindre mouvement fébrile, sans le moindre frisson, en un mot, sans réaction symphatique aucune, à tel point qu'en levant l'appareil nous nous attendions à trouver la résolution de la phlegmasie, là où il existait à notre insu une énorme suppuration.

La compression que nous avions établie lors de l'entrée de la malade était dirigée dans le but d'obtenir la résolution de cette inflammation, dont les symptômes étaient peu intenses, et cependant nous avons échoué. C'est jusqu'à présent la quatrième fois que nous sommes malheureux dans cette tentative. Cette méthode thérapeutique ne devrait-elle pas avoir pour les inflammations diffuses du sein les mêmes avantages que ceux qu'en ont retirés, pour les phlegmons diffus des membres, MM. Bretonneau et Velpeau? Cette observation nous offre encore, mais avec des proportions telles que nous n'en avons jamais vu, un exemple de bourbillon formé de tissu cellulaire mortifié, contenant dans ses mailles cette matière blanchâtre particulière, qu'on doit regarder comme un produit de nouvelle formation. Certes, le résultat thérapeutique n'a pas été ici aussi satisfaisant qu'on aurait pu le désirer, mais il faut faire la part de la difficulté très-grande que nous avons rencontrée dans l'application du bandage compressif. En effet, chez cette jeune femme, la mamelle, horriblement volumineuse et molle, fuyait, pour ainsi dire, au-dessous des bandelettes, formait des plis dont l'existence nous explique facilement comment il se fait que dans certains points le recollement de la peau n'a pu avoir lieu. Et malgré l'étendue si grande des désordres, nous sommes portés à croire que, chez une femme dont la mamelle n'eût pas été si volumineuse et si flasque, nous serions arrivés plus promptement à une parfaite guérison. Enfin, rappelons que cette affection si grave est survenue immédiatement après une émotion morale vive; faut-il ne voir là qu'une simple coïncidence ou bien une relation intime de cause à effet? Nous ne saurions nous prononcer.

Phlegmons de la glande mammaire.

Nous avons dit que, dans cette grande variété, M. Velpeau reconnaissait trois sous-variétés, suivant que l'inflammation avait pour siége les canaux excréteurs, le tissu glanduleux, ou bien enfin l'élément fibro-celluleux. Mais il nous serait impossible de donner des signes à l'aide desquels le médecin pût se guider au lit du malade pour reconnaître à laquelle de ces trois sous-variétés il a affaire, aussi nous contenterons-nous d'indiquer les symptômes du phlegmon de la glande mammaire en général.

Le phlegmon de la glande mammaire, qui est peut-être celui qu'on rencontre le plus souvent chez les nourrices, est presque toujours précédé d'un état particulier, auquel

on a donné le nom d'engorgement de la mamelle. Cette affection, qui n'est pas encore une inflammation, mais qui y conduit si souvent, est produite par l'accumulation du lait retenu, soit liquide, soit concrété, dans les canaux galactophores, dont la distension produit une douleur toute particulière. Outre la douleur, on observe aussi une tuméfaction notable du sein qui est dur, irrégulier, présentant des bosselures qui disparaissent en partie quand la femme présente le sein à son enfant, et qui reviennent quand la mamelle s'emplit de nouveau. Si, après quelques jours de durée, ce simple engorgement ne se dissipe pas, presque toujours on voit alors survenir des symptômes d'inflammation franche.

Cette inflammation est caractérisée par une douleur s'établissant dans un point quelconque de la profondeur de la glande mammaire ; cette douleur, toujours sourde, tantôt se manifeste sous la forme d'élancements, tantôt les malades la comparent à un sentiment de déchirement; presque en même temps il survient un gonflement toujours circonscrit, que les auteurs disent être le plus souvent multiple, et que, pour notre compte, nous avons toujours vu unique. La peau, qui, d'abord, n'a pas changé de couleur, prend bientôt une teinte rouge. Cette inflammation a une assez grande tendance à envahir le tissu cellulaire superficiel, et, dans ces cas, l'empiètement se montre, ainsi que la rougeur, sur une surface beaucoup plus large; dans cette espèce les symptômes réactionnels sont plus considérables que dans les autres; la fièvre est très-intense; il survient de l'agitation, de l'insomnie, et quelquefois du délire. Après que l'inflammation a duré dix ou douze jours, la suppuration commence à se former, et bientôt on voit la peau devenir plus saillante et plus luisante dans un point de son étendue; en même temps elle s'amincit, et l'abcès s'ouvre au dehors par une véritable ulcération. On dit que, quand l'inflammation phlegmoneuse de la glande se propage au tissu cellulaire, on peut distinguer deux périodes dans la marche de la maladie : l'une, lente, appartenant à l'inflammation glanduleuse ; l'autre, plus rapide, répondant à l'inflammation sous-cutanée. Il ne nous a pas été donné de pouvoir faire cette distinction.

Obs. IV. — Le 13 du mois d'août 1840, est entrée, au n° 1 de la salle Sainte-Julie, une jeune femme de dix-neuf ans, primipare, accouchée depuis six mois et demi. Cette nourrice, d'une constitution robuste, a toujours été d'une santé très bonne; jamais elle n'a eu, depuis qu'elle allaite, ni crevasses ni aucune érosion, soit du mamelon, soit de l'auréole qui l'entoure. Il y a trois semaines, elle sentit dans le sein droit quelques inégalités qui ne disparaissaient pas parfaitement, alors que la mamelle était affaissée après l'allaitement. Ces inégalités étaient un peu douloureuses. Cet état persista ainsi presque sans changement pendant huit jours environ ; alors tout à coup, sans cause connue, ou peut-être à la suite d'un léger refroidissement, il survint des douleurs sourdes et continues, accompagnées de temps en temps de violents élancements, la peau du sein commença, d'abord, par rougir dans un point assez limité, et la rougeur s'étendit ensuite à toute la surface du sein. Le gonflement, peu étendu, n'existait qu'en dehors de l'auréole ; du reste, la réaction fébrile n'était que de médiocre intensité ; dès ce moment, cette femme crut convenable de cesser de donner à téter de ce sein qu'elle recouvrit de cataplasmes émollients. Au bout de dix jours la peau commença à s'amincir, à devenir violette dans un point, et la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, l'abcès s'ouvrit spontanément; l'ouverture, qui était assez large, donna passage à une certaine quantité de pus.

La malade assure qu'il ne sortit pas de bourbillons. A son entrée à l'hôpital, le sein était affaissé, encore un peu dur et engorgé autour de la plaie par laquelle il ne s'écoule qu'une petite quantité de pus. On appliqua, le 15, un bandage inamovible, à l'aide d'une grande bande de toile dont chaque tour était recouvert par une légère couche de colle ordinaire. Quatre jours après, à la levée de l'appareil, le sein fut trouvé dans un très bon état; il ne s'écoule plus de pus par la plaie; mais quand on presse la glande mammaire, ou quand la malade présente l'autre sein à son enfant, on voit sortir par la plaie une quantité assez notable d'un liquide séreux blanchâtre ayant tout-à-fait les caractères du lait, et qu'on reconnaît assez facilement pour être tel. — On réappliqua un bandage inamovible fait de la même manière que la première fois; et quand, le 23, on l'enleva, on trouva le sein tout-à-fait bien; la plaie presque entièrement cicatrisée, ne suppurant plus et ne laissant plus échapper de lait, même lorsqu'on comprime la glande assez fortement.

Réflexions.—Dans cette observation, nous trouvons un exemple bien simple du phlegmon glanduleux, dont la marche, moins rapide que celle des abcès sous cutanés, a demandé onze ou douze jours pour arriver à suppuration, mais dont la guérison a été obtenue en neuf jours, à partir de l'ouverture de l'abcès. Nous rappellerons qu'alors que la plaie ne fournissait plus que très-peu de pus, nous avons vu s'écouler une petite quantité de lait quand on comprimait la glande ou bien quand la nourrice donnait le sein à son enfant. A ce seul symptôme, il ne peut pas rester de doute dans l'esprit ; quelques vaisseaux galactophores avaient été eux-mêmes intéressés, et laissaient s'échapper au dehors le produit qu'ils sont chargés de conduire jusqu'au mamelon.

Obs. V.—Une femme, nommée Kœnig, âgée de trente ans, ayant eu déjà deux enfants, entra, le

28 août 1840, au n° 6 de la salle Sainte-Julie de l'Hôpital Necker. Le 20 août, huit jours avant son entrée dans le service, cette femme fut obligée de faire une longue course, et ne put pendant presque la moitié de la journée donner à téter. Quand elle rentra chez elle, le sein droit était dur, bosselé, volumineux et douloureux; elle se hâta de présenter ce sein à son enfant; et malgré l'allaitement, il resta dur et bosselé; la douleur devint plus forte; elle existait dans la profondeur de la glande, surtout à la partie inférieure; le sein devint alors peu à peu volumineux, et la malade cessa de donner à téter de ce côté; la peau qui, d'abord, n'avait pas changé de couleur, devint rouge dans une étendue assez grande; huit jours après le début des premiers symptômes, l'abcès s'ouvrit spontanément, et il en sortit une quantité de pus qu'on peut évaluer à peu près à un verre. A son entrée à l'hôpital, le lendemain de l'ouverture de l'abcès, la malade avait encore le sein engorgé, mais la plaie ne donnait passage qu'à une très médiocre quantité d'un pus de bonne nature; on établit la compression à l'aide de bandelettes de diachylon, et immédiatement après l'application du bandage, quelques douleurs qui existaient encore disparurent entièrement. Le 4 septembre la plaie était très-belle, ne suppurant que très-peu et ne fournissant pas de lait comme dans l'observation précédente, témoignage certain de l'intégrité des vaisseaux galactophores.

Cette femme qui, pour cause d'insubordination, était sortie le 7 septembre, alors que la plaie n'était pas encore tout-à-fait guérie, est revenue nous voir le 30 du même mois, et nous a affirmé que la plaie était cicatrisée depuis déjà huit jours; il restait, toutefois, un peu de dureté indolente, même à la pression, tout autour de la cicatrice de l'ancienne ouverture. Le 5 octobre nous avons encore eu l'occasion de revoir cette nourrice dont la guérison ne s'est pas démentie, et qui a pu depuis quelques jours recommencer à donner à téter du côté où avait existé la maladie.

Obs. VI.—Oury (Joséphine Esther), vingt-quatre ans, journalière, entrée, le 23 novembre 1840, au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse. Cette femme, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, accoucha il y a un mois, pour la seconde fois, à l'hôpital des Cliniques, et le lendemain de ses couches, elle commença à nourrir son enfant; pendant les premiers jours, elle eut des crevasses aux deux mamelons, mais elles guérirent par les seuls soins de la nature. Le septième jour qui suivit son accouchement, la malade sortit de l'hôpital des Cliniques, et prit froid pour s'en retourner chez elle; la nuit même, elle ressentit dans le sein droit une douleur assez vive qu'elle compare à des picotements; la mamelle était dure et bosselée, surtout à la partie supérieure, et la malade crut devoir donner le sein plus souvent de ce côté. Ces bosselures disparaissaient en grande partie sous l'influence de la succion opérée par l'enfant, mais c'était pour reparaître quelque temps après quand le lait s'accumulait de nouveau dans la mamelle. Au dire de la malade, ces bosselures changèrent plusieurs fois de place, elles se montrèrent souvent vers la partie externe de la circonférence de la glande. Au bout de douze jours, les douleurs augmentèrent considérablement, le sein devint rouge et notablement tuméfié dans une étendue égale à celle de la main, à la partie antérieure et supérieure. La réaction fébrile qui survint fut intense, et pendant deux nuits la malade, tourmentée par de l'insomnie, eut un léger trouble dans les idées. Le 23, quand elle entra à l'hôpital, la fièvre était modérée; le sein, toujours douloureux, présentait une rougeur vive dans l'endroit indiqué ci-dessus. La suppuration n'étant pas encore formée, on appliqua le bandage compressif pour tâcher d'obtenir la résolution de cette phlegmasie; l'application du bandage fit cesser presque instantanément la douleur, qui ne se reproduit pas jusqu'au 27, époque où le bandage fut enlevé. On vit alors, à l'endroit où la douleur avait existé, une légère tuméfaction accompagnée d'une fluctuation qu'on percevait à travers une couche assez épaisse de parties molles. Une incision d'un demi-pouce fut faite avec le bistouri, et il s'écoula à peu près la valeur d'un verre de pus crémeux, épais, contenant quelques petits bourbillons de tissu cellulaire mortifié, mais dont le plus gros ne dépassait pas le volume de la phalange du pouce. Le petit doigt, introduit dans la plaie, toucha presque partout les parois de l'abcès; elles sont irrégulières, anfractueuses, et paraissent être formées par les lobules de la glande comme disséquée par le pus; la peau qui forme la partie antérieure du foyer a conservé intacte la couche de tissu cellulaire qui la double à l'état sain. Pour ce jour là on se contenta d'appliquer des cataplasmes de mie de pain, et, le lendemain 28, le bandage compressif fut appliqué. Le 2 décembre, l'appareil fut levé pour la première fois; la suppuration, beaucoup moins abondante, contient quelques stries blanchâtres qui paraissent être du lait. Le bandage fut réappliqué, et le 8, quand on l'enleva de nouveau, la plaie ne laisse plus échapper que quelques gouttelettes de pus; mais, en revanche, la compression de la glande mammaire fait sortir une très grande quantité de lait facilement reconnaissable à son aspect et à sa saveur, qui, toutefois, est un peu plus salée qu'à l'état normal. (Nous devons dire que cette femme a continué de donner à téter à son enfant avec l'autre sein.) On fut forcé de rétablir la compression avec plus de vigueur que les premières fois, pour tâcher d'obtenir la cicatrisation des fistules des canaux galactophores, qui, seuls pendant quelque temps, entretinrent l'ouverture de l'abcès.

Réflexions. — Cette observation nous pré-

sente ce fait remarquable que l'ouverture de l'abcès, alors que la suppuration était tarie, se trouve être cependant entretenue par l'écoulement du lait qui vient de quelques vaisseaux galactophores intéressés par l'instrument tranchant, lorsque le bistouri a donné issue au pus, ou peut-être bien intéressés par la maladie elle-même. Nous avons vu, en effet cet écoulement du lait avoir lieu dans d'autres cas où l'ouverture de l'abcès avait été spontanée; et l'observation précédente nous en fournit un exemple. Ceci nous rappelle que nous avons dit, en traitant les abcès de la couche sous-cutanée, que, dans le cas d'abcès glandulaires, il était convenable de conseiller aux mères de ne pas nourrir leurs enfants.

Ce conseil est donné par un grand nombre de praticiens, conduits, il est vrai, à ce même but par des idées différentes. Ainsi les accoucheurs pensent qu'en général, dans les cas d'abcès de la mamelle, la maladie peut être entretenue par la succion, à cause de l'afflux sanguin que nécessite constamment une fonction aussi active et aussi répétée que celle de la sécrétion lactée : d'autres, et au nombre de ceux-ci se trouve M. Velpeau, pensent que, quand l'abcès occupe la glande mammaire elle-même, le travail inflammatoire qui a nécessité sa présence apporte un certain trouble dans la formation du lait. De plus, si les conduits galactophores sont eux-mêmes enflammés, le pus qu'ils sécrètent se mêle au lait; et alors les enfants ne prennent plus qu'un lait corrompu. Cette dernière supposition est parfaitement juste, puisqu'à l'aide du microscope on peut apercevoir des globules de pus dans le lait. Enfin le pus formé entre les lobules sécréteurs de la glande ne peut-il pas, par imbibition, par endosmose, ou par quelque rupture pathologique, s'introduire dans les conduits galactophores et corrompre encore le lait? Pour nous, aucune de ces considérations ne pouvait nous arrêter, puisque, d'après le mode de traitement que nous avons adopté, le sein, siége de la maladie, est par cela même condamné à ne plus fournir de lait à l'enfant : mais à moins d'une compression très-forte, et peut-être même malgré cette compression, la sécrétion du lait continue dans la glande malade; et s'il existe quelques canaux ouverts, ce fluide, sortant alors de ses voies naturelles, peut entretenir une fistule et retarder ainsi la guérison. Nous avons vu, en effet, dans cette observation, et dans l'observation précédente, que la pression de la glande faisait sourdre le lait en notable quantité; de plus, dans l'observation précédente, lorsque la mère donnait à téter, la montée du lait, qui se fait simultanément dans l'un et l'autre sein, était une cause suffisante pour produire la sortie de ce liquide. Si nous avons été assez heureux pour guérir promptement nos malades, malgré cette complication, peut-être pourrait-il arriver que cet écoulement lacté, s'il était abondant, devînt un obstacle difficile à vaincre. D'ailleurs, après leur guérison, les mères pourront presque toujours reprendre l'allaitement de leurs enfants; c'est ce que nous avons observé plusieurs fois.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons eu la précaution d'ouvrir l'abcès aussitôt que la fluctuation a été évidente (et nous avons encore échoué ici dans notre tentative faite pour empêcher la formation du pus). Nous avons ouvert avant que la peau ne fût amincie et décollée, nous mettant ainsi dans les meilleures conditions possibles pour obtenir la cicatrisation de la plaie, une fois la détersion des parois du foyer obtenue. Cette conduite nous a mis peut être encore à l'abri d'un accident qui quelquefois arrive, c'est-à-dire de la transformation de l'abcès glandulaire en abcès superficiel, comme nous en voyons un exemple dans l'observation suivante :

Obs. VII. — Au n° 2 de la salle Sainte-Julie de l'hôpital Necker, entra, le 16 juillet 1840, la nommée Cognée (Eugénie), âgée de dix-sept ans. Cette jeune femme, primipare, d'une constitution assez grêle, dit cependant être d'une santé habituellement bonne; accouchée depuis huit mois, elle nourrissait son enfant, quand le 1er juillet, à la suite d'un refroidissement brusque, son sein gauche devint dur et bosselé. Ces bosselures disparaissaient momentanément, quand elle donnait à téter, et reparaissaient bientôt après. Au bout de quelques jours, dans ce sein qui n'était encore que bosselé et dur, se déclara une douleur très vive continue, et que la malade compara à des élancements; en même temps il survint du gonflement, un sentiment de chaleur intérieure, et enfin de la rougeur, peu marquée d'abord, mais qui devint successivement plus intense; la malade fut prise de fièvre très-intense, d'agitation; d'insomnie d'abord, puis de délire qui continuait depuis deux jours, quand elle entra à l'hôpital. A cette époque le sein gauche, uniformément développé, avait acquis un très grand volume, la peau était rouge sur toute la surface qui recouvre la glande, et dans un point elle présentait une saillie molle, fluctuante, qui indiquait que l'abcès était sur le point de s'ouvrir spontanément. Une ponction fut faite sur ce point, et il s'écoula au dehors une très-grande quantité de pus phlegmoneux. Presque aussitôt après l'ouverture de l'abcès, la malade se trouva soulagée, et le délire la quitta dans la journée. Le sein fut pansé avec des cataplasmes émollients. Le lendemain, 18 juillet, à la visite, quand on comprima le sein pour faciliter la sortie du pus, il se présenta, entre les lèvres de la plaie, un bourbillon de tissu cellulaire qu'on retira avec précaution. Ce bourbillon était tellement considérable, qu'il entra un instant dans l'idée que ce pourrait bien être la glande elle-même; cependant

un examen attentif fit reconnaître une masse de tissu cellulaire sphacélé, et infiltré de pus et de lait. Au fur et à mesure que ce bourbillon sortait, il s'échappait une quantité considérable de pus phlegmoneux, il en sortit bien la valeur d'une demi-pinte.

Pendant les premiers jours on introduisit dans la plaie une mèche de linge et on recouvrit le sein de cataplasmes émollients. Au bout de huit jours la suppuration était moins abondante, mais il existait toujours un grand décollement de la peau; on appliqua alors un bandage inamovible fait avec une grande bande de toile, dont chaque tour était recouvert de colle de farine. Six jours plus tard, quand on leva l'appareil, le sein était en bon état, le décollement presque entièrement disparu; la plaie ne suppurait que très peu, et quand on pressait la glande mammaire, elle laissait sortir une petite quantité de lait. Le bandage fut réappliqué, et huit jours après la plaie était presque tout-à-fait guérie, la malade avait pu, déjà depuis trois ou quatre jours, reprendre son enfant qu'on avait été obligé de lui retirer à son entrée à l'hôpital. Cette jeune femme resta encore quelques jours, et comme la guérison ne se démentit pas, qu'elle pouvait donner à téter même du côté qui avait été malade, elle sortit le 17 août.

Réflexions.—Nous trouvons ici un exemple assez beau de phlegmasie de la glande s'étendant au tissu cellulo-graisseux sous-cutané, et se terminant en même temps par suppuration. L'abcès de la glande ne saurait être révoqué en doute, d'abord d'après la marche de la maladie, qui commença par un engorgement laiteux proprement dit, ensuite par la sortie du lait à travers la plaie. C'est chez cette malade que nous observâmes pour la première fois le bourbillon de tissu cellulaire; et comme les auteurs n'avaient pas encore signalé ce phénomène, nous sommes peut-être par cela même pardonnables d'avoir pu un instant nous tromper sur sa nature. Signalons encore le délire que nous avons déjà trouvé, faible, il est vrai, dans une autre observation d'abcès glandulaire, et qui, chez cette jeune femme, existait à un haut degré; et nous nous rappelons à ce propos une femme qui ne fit que passer dans nos salles où elle était entrée pour se faire traiter d'un abcès qui nous parut être glandulaire aussi. Cette malheureuse avait le délire, quand l'abcès s'ouvrit spontanément, et se promenait à grands pas, tenant à deux mains son sein, d'où sortait une quantité très-notable de pus.

Il nous resterait encore, pour terminer ce que nous avons à dire des abcès du sein, à faire ici l'histoire de ceux qui ont leur siége derrière la mamelle dans le tissu cellulaire lamelleux qu'on rencontre en cet endroit; mais nous n'avons pas de documents suffisants pour cela; car nous n'en avons observé qu'un cas bien positif depuis que notre travail est composé; nous renverrons donc le lecteur au travail de M. Velpeau. Ce chirurgien reconnaît que ces abcès tantôt se développent primitivement dans le tissu sous-mammaire, tantôt sont symptomatiques d'une affection des parois thoraciques ou des organes contenus dans la cavité de la poitrine; que d'autres fois ils succèdent à une inflammation glandulaire développée près de la face profonde de la mamelle, et qu'enfin ils peuvent être produits par une inflammation sous-cutanée qui a gagné la circonférence de la glande, endroit où le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulaire profond se réunissent. Nous rappellerons que nous avons cité dans la troisième observation un exemple de cette dernière variété, et nous finirons par l'histoire succincte d'un cas où nous crûmes reconnaître un abcès sous-mammaire.

Obs. VIII. — Au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse entra, le 8 septembre 1840, la nommée Dubois, âgée de vingt-cinq ans. Cette femme, d'une constitution forte, d'une santé habituellement excellente, accoucha, pour la troisième fois, vers la fin du mois d'août. Huit jours après, c'est-à-dire le 1er septembre, sans cause appréciable, elle fut prise d'un frisson qui fut de courte durée; son sein droit devint aussi très-douloureux et beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. Quand elle entra à l'hôpital, le sein droit était rouge-violet, trois fois plus gros que l'autre, et tellement douloureux qu'il causait de l'insomnie à la malade. Au toucher le sein paraissait chaud et empâté, dur; il a semblé que la glande mammaire était poussée en avant par une couche de liquide contenu derrière elle, ce qui lui permettait une certaine mobilité. Le 10, on pratiqua avec le bistouri une incision d'un pouce, et il sortit environ la valeur d'un demi-litre de pus de bonne nature. Le 11, le sein beaucoup moins rouge était notablement diminué, cependant il était toujours empâté et comme œdémateux. La compression fut faite par l'application d'un bandage agglutinatif, recouvert ensuite par une grande bande de toile. Jusqu'au 16 la malade ne se plaignit pas du tout, et quand à cette époque l'appareil fut levé, non seulement le sein était diminué de volume, mais encore il était moins gros que celui du côté opposé; la pression, exercée dans tous les sens, ne réveillait aucune douleur. L'incision était presque fermée, et la malade se trouvait tellement bien, qu'elle désira sortir. Nous la priâmes de revenir nous voir s'il survenait quelque chose; et très probablement tout se passa bien, car elle ne revint pas.

TRAITEMENT.

Quand, malgré tous les moyens employés, l'inflammation, loin de s'arrêter, a continué de faire des progrès, et qu'il existe de la suppuration, quelle est alors la conduite que doit tenir le médecin? Ici s'élève une grande

question, qui de tout temps a divisé les praticiens, et qui est encore loin d'être résolue de la même manière par tout le monde. Les uns, en effet, veulent que, dans tous les cas, on abandonne à la nature le soin d'ouvrir l'abcès, persuadés qu'elle choisira toujours l'instant et l'endroit le plus favorables; les autres, au contraire, pensent que, du moment que la suppuration est formée et réunie en foyer, il n'y a pas à hésiter; il faut avoir recours à l'instrument tranchant.

Boyer voulait, quand l'abcès est petit ou médiocre, qu'on l'abandonnât à lui-même; et il donnait pour raison que la cicatrice qui résulte d'une ouverture spontanée est toujours moins apparente que celle qui succède à l'incision. Cela est vrai, quand l'abcès s'ouvre par un très-petit pertuis; mais quand le pus ne se fait jour au dehors que par une ulcération proprement dite de la peau, ce qui est loin d'être rare dans ces cas, bien évidemment la cicatrice qui succède à un tel mode d'ouverture est plus difforme que la cicatrice linéaire qui résulte toujours de l'incision. Du reste, il conseille d'avoir recours à l'incision toutes les fois que l'abcès est volumineux, dans la crainte que l'ouverture spontanée ne soit insuffisante ou défavorablement placée pour l'écoulement du pus.

Samuel Cooper n'ouvre que les abcès chroniques, laissant ainsi les autres s'ouvrir spontanément. Son compatriote Astley Cooper pense que : « Si l'abcès marche avec rapidité; s'il est placé à la superficie du sein; si les douleurs ne sont pas très-vives, il est préférable d'abandonner les choses à leur cours naturel. Si, au contraire, l'abcès, à son début, est très-profondément situé; si la marche est lente; si la douleur est très-vive; si la fièvre d'irritation est intense, et si la malade est, par l'effet d'une transpiration abondante, fatiguée et complétement privée de sommeil, on gagne beaucoup de temps, et on amène un soulagement marqué dans les souffrances par l'évacuation du pus au moyen de la lancette. »

M. Dugès pense qu'en ouvrant l'abcès dès que la suppuration est formée, on soulage instantanément la malade, mais qu'on l'expose à une récidive presque inévitable; d'un autre côté, qu'en attendant l'ouverture spontanée, on prolonge inutilement les souffrances. Aussi donne-t-il pour conseil d'ouvrir avec la lancette, quand la peau est amincie et le pus bien réuni en foyer.

Ces praticiens veulent donc laisser le pus se former et s'accumuler en vastes collections, et se faire jour spontanément au dehors, ou, tout au moins, attendent-ils que le pus vienne faire saillie sous la peau, de manière à indiquer précisément le point où la peau va rougir, s'amincir et s'ouvrir enfin. Ils invoquent, en faveur de leur opinion, ce fait capital et tout-à-fait clinique, savoir, que les phlegmons, dont on a laissé le pus s'accumuler en complète collection, se guérissent plus vite et plus sûrement que ceux que l'on a ouverts alors seulement que les premiers signes de l'abcès s'offraient à l'observation : ce qui tient, suivant eux, à ce que l'inflammation suppuratoire a épuisé son action, et que, ce travail phlegmasique terminé, la résolution s'accomplit avec d'autant plus de facilité. Si, au contraire, on ouvre l'abcès dès que la collection commence à se former, d'abord on ne peut connaître le lieu que le pus aurait suivi naturellement, et ensuite on risque de voir des collections partielles se former au voisinage de l'abcès principal et constituer autant de récidives.

Au contraire, un assez grand nombre de chirurgiens veulent ouvrir les abcès de la mamelle, quel que soit leur siége, dès que la collection purulente peut être constatée.

Pour nous, adoptant complètement la pratique de Dugès, nous inclinons vers l'opinion de ceux qui veulent confier à la nature l'ouverture des abcès; mais au mot *ouverture spontanée*, nous n'attachons pas le même sens que beaucoup d'auteurs. Nous estimons que nous avons attendu l'ouverture d'un abcès profond, lorsque, le travail général de suppuration étant entièrement terminé, la collection purulente tend à se faire jour au dehors et soulève la peau dans quelque point. Très-évidemment alors la peau s'enflammerait, s'amincirait, et même serait frappée de mortification. L'ouverture spontanée, dans le sens rigoureux du mot, se ferait au bout de trente-six, quarante-huit, soixante-douze heures au plus. En ouvrant alors la collection, nous ne faisons que prévenir des désordres, et nous ne changeons pas la voie que le pus eût naturellement suivie. C'est dans ce sens que nous entendons l'ouverture spontanée; et l'on comprend qu'il en est tout autrement, lorsque, la suppuration une fois constatée, on va plonger le bistouri dans ce qu'on appelle le lieu d'élection, dans le but de calmer les douleurs et d'empêcher le décollement des tissus.

Quand nous avons affaire à un abcès de l'aréole du sein, invariablement nous ouvrons dès que la suppuration est manifeste. Nous en agissons de même quand le phlegmon n'occupe que la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée; mais quand l'abcès est intra-mammaire, nous attendons toujours que la collection purulente soit complète et que la peau soit soulevée dans quelque point. La théorie ne nous a pas conduits à ce résultat; mais bien seulement l'expérience clinique. Quatre fois nous avons ouvert des abcès profonds avant que la collection purulente fût arrivée au dessous de la peau, et le hasard a voulu que, dans ces quatre cas, la guérison s'obtînt beaucoup plus tard que chez les malades dont nous avions respecté les abcès.

Le phlegmon sous-mammaire borné *exclusivement* au tissu cellulaire, nous semble devoir être ouvert dès que la fluctuation est manifeste; mais ce cas est rare, et nous ne l'avons pas encore rencontré. Au contraire, nous avons observé souvent le phlegmon qui

cupant à la fois la glande, le tissu cellulaire sous-mammaire et la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, nous avons laissé l'abcès se faire jour au dehors : une fois nous avons introduit profondément le bistouri pour donner issue à une collection purulente. Chez cette dernière malade, il y a eu récidive, malgré la compression la mieux faite. Il en a été de même chez une de celles dont l'abcès s'est spontanément ouvert; mais chez elle, la compression n'a pu être convenablement faite.

Toutes les fois que nous avons à traiter un abcès du sein, que l'ouverture ait été faite spontanément ou par l'art, nous sommes dans l'habitude le premier et quelquefois le second jour d'appliquer des cataplasmes émollients faits de préférence avec de la mie de pain, et nous avons ensuite recours à la compression. Mais ce moyen n'est-il donc utile qu'après l'ouverture du foyer purulent? Ne peut-il donc pas rendre quelques services dans une autre période de la maladie, soit pour enrayer la marche de l'inflammation, soit pour combattre quelque symptôme?

Plusieurs fois, comme cela ressort des observations que nous avons rapportées plus haut, nous avons essayé la compression à l'aide de bandelettes de diachylon dans la période aiguë des phlegmons, soit du tissu cellulo-graisseux sous-cutané, soit de la glande mammaire elle-même. Nous avons voulu voir jusqu'à quel point il serait possible de favoriser ainsi la résolution de l'inflammation; or, nous devons le dire, dans tous les cas, excepté dans un seul, nous avons échoué, Nous persisterons cependant à conseiller cette compression dans ces mêmes circonstances, mais pour une tout autre raison. En effet, en cherchant à arriver à un résultat, nous sommes arrivés à un autre, à savoir, que dans tous les cas une compression méthodique bien faite fait taire instantanément la douleur; et comme on sait que c'est un symptôme qui quelquefois tourmente assez les malades pour leur occasionner de l'agitation, de l'insomnie et du délire. Nous pensons qu'il n'est pas indifférent du tout pour le médecin d'avoir à son service un moyen toujours facile à appliquer, et qui puisse faire attendre patiemment le moment où la suppuration sera formée. L'absence de la douleur est quelquefois si complète, qu'il nous est arrivé de croire que nous avions pu obtenir la résolution que nous cherchions; et ce n'est qu'au moment même de l'ablation de l'appareil que nous avons vu notre illusion tomber, car nous trouvions alors, soit une fluctuation manifeste, soit des ouvertures déjà faites, ou se faisant sous nos yeux, comme nous en avons rapporté un exemple dans la troisième observation.

Nous conseillons donc la compression, alors que la maladie est encore à sa première période, non pas dans le but d'obtenir la résolution, car s'il n'est pas tout-à-fait impossible d'arriver à ce résultat, nos observations nous démontrent au moins que cela est difficile; mais afin d'apporter à la malade un grand soulagement dans des douleurs qui souvent sont très-violentes.

Peut-être même, car le nombre de nos tentatives est encore trop restreint pour que nous puissions dire que toujours ce moyen sera infructueux, peut-être, disons-nous, d'autres, plus heureux, ou appliquant la compression dans un moment plus rapproché du début de la maladie, arriveront-ils à un résultat que nous n'avons pu obtenir qu'une fois.

Quand la compression est appliquée dans le but de diminuer la douleur à laquelle les malades sont en proie, il convient de surveiller attentivement la marche de la maladie, car si on n'obtient pas la résolution et que la suppuration se forme sous cette espèce de cuirasse dont le sein est recouvert, il peut se faire que, si on tarde trop à enlever le bandage, l'obstacle qu'il oppose au pus force celui-ci à s'étendre sur une plus large surface, et un moyen qui, bien dirigé, peut rendre d'utiles services, deviendrait ainsi une cause d'aggravation de la maladie. Il faudra donc, quand on appliquera la compression, bien se rendre compte de l'âge de la maladie, calculer, d'après les données que l'on a sur la marche ordinaire de la phlegmasie, selon le siége qu'elle occupe, le temps qu'elle doit mettre à s'accomplir: enlever ensuite les bandelettes quand la suppuration sera formée, et se conduire alors selon les circonstances. Ce que nous venons de dire sur les inconvénients du bandage trop long-temps laissé quand la suppuration est formée, fait facilement prévoir que nous n'oserions pas conseiller la compression comme moyen utile pour favoriser l'absorption du pus, soit encore à l'état d'infiltration, soit déjà réuni en foyer. Plusieurs moyens, il est vrai, ont été proposés pour arriver à ce résultat, et entre autres le vésicatoire dont M. Velpeau dit s'être souvent bien trouvé. Pour nous, une fois la collection évidente, nous avons cessé toute tentative pour arrêter la marche de la maladie, et alors, ou bien nous avons abandonné l'ouverture de l'abcès aux seuls efforts de la nature, ou bien nous avons eu recours à l'instrument tranchant. Dans les deux cas, après avoir, par des pressions ménagées, favorisé la sortie du pus, nous avons fait recouvrir le sein de cataplasmes émollients, de mie de pain, par exemple, et après un ou deux jours nous avons eu recours à l'application du bandage compressif. Quel est donc ce bandage, et comment faut-il l'appliquer? Les premières fois nous nous sommes servis d'une grande bande de toile que nous avions soin d'enduire exactement soit de colle de farine, soit d'amidon; et, sans suivre de règles fixes, nous cherchions ainsi à recouvrir la totalité du sein malade : mais il est difficile d'arriver à ce résultat sans pas-

ser alternativement des tours de bandes sur l'une et l'autre épaule, sans entourer assez fortement la base de la poitrine ; et alors la malade, gênée dans ce bandage, impatiente d'ailleurs du long repos qu'elle est forcée de garder jusqu'à la dessiccation de l'appareil, exécute toujours des mouvements dans lesquels les tours de bande sont nécessairement dérangés. Ensuite, une fois la dessiccation du bandage obtenue, les tours de bande qui passent au-dessous du sein non malade causent par leur dureté une excoriation de la peau, quel que soit, d'ailleurs, le soin qu'on ait de maintenir la mamelle soutenue. Le même inconvénient se représente pour la peau de l'aisselle du côté malade ; il faudrait alors condamner le bras à une immobilité presque absolue. Cependant nous devons dire que, dans les deux ou trois cas où nous avons employé ce bandage, nous avons obtenu la guérison de la maladie sans avoir recours à d'autres moyens; seulement, pour parer aux quelques inconvénients que nous venons de signaler, nous avons eu la précaution d'échancrer le bandage aux différents endroits où la malade accusait de la gêne.

L'idée nous vint alors d'employer les bandelettes de diachylon, qui, par leur flexibilité et leur emplasticité, devaient se mouler exactement sur la partie malade, et nous arrivâmes bien vite à adopter une méthode fixe et régulière dans l'application de ce bandage. Les bandelettes doivent être toujours assez longues pour faire plusieurs fois le tour du corps; leur longueur varie ordinairement entre dix et douze pieds, leur largeur est d'un pouce environ. Plus larges, il est moins facile de les bien appliquer exactement; plus étroites, elles ne se recouvriraient pas assez les unes les autres, et au moindre dérangement de l'appareil, une partie quelconque du sein pourrait faire hernie entre deux bandelettes, et se soustraire ainsi à l'action du bandage ; on conçoit aisément les inconvénients d'une compression inégalement faite. Les bandelettes une fois préparées, la malade assise dans son lit, la poitrine entièrement découverte, on procèdera de la manière suivante à l'application du bandage : placé toujours du côté malade, et aidé par une personne intelligente qui se tiendra de l'autre côté, le médecin fixera d'abord, vers la partie médiane du dos, l'une des extrémités de la bandelette de diachylon, puis ramenant celle-ci vers la partie latérale de la poitrine, il passera ensuite sur le sein en commençant par la partie inférieure, montera obliquement de bas en haut pour gagner le tiers externe de la clavicule du côté non malade, descendra ensuite obliquement dans le dos de manière à venir recouvrir l'extrémité de la bandelette qui se trouvera alors bien fixée, et suivant ainsi le même trajet qu'il aura parcouru la première fois, il aura soin que la bandelette qu'il applique recouvre toujours la précédente dans les deux tiers supérieurs. Il est facile de voir que si l'on se bornait à conduire les bandelettes toujours dans le même sens, d'une part le sein ne pourrait être recouvert dans toute son étendue ; d'une autre part, comme les bandelettes passent en travers sur la clavicule du côté non malade, les mouvements de l'épaule tendraient à faire remonter le bandage, et le sein pourrait s'échapper par la partie inférieure. Alors nous conduisons d'autres bandelettes qui, partant de la région antérieure et supérieure de l'abdomen au-dessous du sein non malade, montent croiser obliquement les premières, passent sous l'aisselle, reviennent, après avoir traversé la partie postérieure de la poitrine, à l'endroit d'où elles étaient parties, pour recommencer le même trajet, en recouvrant les deux tiers supérieurs de la bandelette qui est au-dessous. De cette manière le sein malade, qui ne se trouvait pas comprimé dans la partie supérieure, est recouvert alors dans la totalité par le bandage dont la tendance ascensionnelle est neutralisée par la direction de ces nouvelles bandelettes ; ces dernières ne doivent recouvrir que la moitié supérieure du sein au-dessous de laquelle il ne faut jamais les faire descendre.

Ainsi appliqué, ce bandage, qui réunit l'élégance à la solidité, nous a rendu toujours de très bons services; et après l'évacuation du pus contenu dans le foyer, cette compression méthodique et régulière mettant en contact les parois de l'abcès, facilite leur adhérence et force le pus qu'elles sécrètent à s'échapper par l'ouverture de la peau.

On pourrait craindre d'abord que, puisque les bandelettes passent sur cette ouverture cutanée, le pus ne fût retenu dans le foyer lui-même, ou bien qu'une fois sorti du foyer et ne pouvant s'échapper au dehors, il n'entravât, par sa présence dans l'appareil, la marche de la maladie ; mais il n'en est rien, et l'observation est venue nous apprendre qu'une partie de la suppuration se faisait jour entre les bandelettes, et que l'autre partie qui reste dans l'appareil n'avait d'autre inconvénient que de forcer de changer le bandage tous les huit jours à peu près.

Ainsi nous conseillons donc le bandage compressif à bandelettes de diachylon, dans les phlegmons suppurés du sein, persuadés que nous sommes de donner un avis utile et aux médecins, et aux malades.

CONCLUSIONS.

1° La compression à l'aide des bandelettes de diachylon doit être employée dans toutes les formes des phlegmons du sein chez les nourrices.

2° La compression au début du phlegmon peut guérir quelquefois.

3° La compression pendant le travail de suppuration n'arrête pas ordinairement ce travail, mais calme immédiatement la douleur.

4° Vingt-quatre ou quarante-huit heures après que l'abcès a été vidé, la compression doit être faite.

5° Sous l'influence de ce moyen thérapeutique la douleur cesse; les parois de l'abcès se recollent; les fistules se guérissent, et la guérison totale est obtenue en général en peu de jours.

6° S'il reste de la tuméfaction et de la douleur, les récidives sont à craindre; la compression méthodique continuée pendant un certain temps fait cesser les accidents et prévient la récidive.

A. Trousseau,
Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

A. Contour,
Interne des hôpitaux.

II. Mémoire sur l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu.

Il est peu de maladies sur lesquelles on ait autant écrit que le rhumatisme. Cependant le doute et l'incertitude règnent encore sur la nature, les causes, le siége de cette maladie, et les praticiens sont encore en désaccord sur le meilleur mode de traitement à lui opposer.

Si l'on parcourt l'histoire de l'art, on trouve successivement employés contre cette affection : les antiphlogistiques, médication fortement recommandée par Sharp et Sydenham, à laquelle M. Bouillaud a donné dans ces derniers temps une nouvelle vie, en en régularisant et en en formulant l'emploi; les évacuants, méthode soutenue par les noms de Cullen et de Scudàmore; les narcotiques, employés par Storck et Sarcone; les altérants, parmi lesquels on trouve le nitre, recommandé par Brocklesby et William White; la digitale, préconisée par Currie; les mercuriaux, par Mead; le tartre stibié, par Rasori; le colchique, par J. Wand. De ces médications si variées (et cependant je n'ai parlé que des principales), bien peu ont survécu à leurs auteurs; aujourd'hui même, on ne trouve guère plus employés en Europe que les antiphlogistiques, soit tels que Sydenham les prescrivit, soit tels que M. Bouillaud les formule, le tartre stibié à haute dose, et le colchique, soit seul, soit combiné aux évacuants et aux narcotiques.

Le but de ce mémoire est d'appeler l'attention sur une méthode depuis long-temps oubliée, qui, soutenue à son début par des noms modestes, n'a eu que peu de retentissement, et n'a pas été appréciée à sa juste valeur. Je veux parler de l'emploi du nitrate de potasse à haute dose.

C'est Richard Brocklesby qui, le premier, en 1764, a signalé, dans ses *Œconomia and medical observations*, tous les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Je traduis : « Aussitôt que je suis appelé auprès d'un rhumatisant, dit-il (pag. 117 et suiv.) si le sujet est robuste et de moyen âge, s'il est atteint pour la première fois de rhumatisme, je lui pratique une large saignée; pour tout régime et toute nourriture, j'ordonne au malade de prendre pendant quelques jours la plus grande quantité possible d'eau de gruau chaude, dans laquelle je fais dissoudre deux dragmes de nitre pur avec ou sans sucre; je répète cette administration de tisane nitrée chaude à des intervalles appropriés, aussi souvent que l'estomac peut le supporter. De cette manière, j'ai souvent réussi, chez les soldats, à leur faire prendre, dans les vingt-quatre heures, dix dragmes de nitre et plus dans trois, quatre, cinq ou six quarts de cette tisane délayante. En administrant le nitre de cette manière, on prévient tous les inconvénients qui se rattachent à une médication aussi stimulante. Du reste, l'administration du nitre en quantité aussi considérable (dix à douze dragmes) manque rarement en deux ou trois jours de soulager le malade, et très-souvent elle le guérit entièrement sans autre médication, en produisant des sueurs excessivement abondantes.

« Le nitre a encore l'avantage de produire deux ou trois selles abondantes dans les vingt-quatre heures. Cependant, chez quelques malades qui suaient moins, le nitre n'ouvrait pas suffisamment le ventre, et il fallait recourir à des lavements. Les hommes de mon régiment que j'ai traités de cette manière ont été communément rendus à la santé, et radicalement guéris de leurs rhumatismes les plus aigus en sept ou huit jours sans aucune autre médication. Je réservais cependant cette méthode pour les sujets jeunes et affectés de rhumatisme pour la première fois. » Plus bas il ajoute : « Je me suis convaincu, par des expériences nombreuses, que l'on peut faire prendre successivement aux jeunes sujets six cents grains de nitre dans les vingt-quatre heures sans aucun danger. Des quantités aussi considérables passent bien, et l'estomac n'en est nullement incommodé. »

En 1772, Macbride, dans son *Introduction méthodique à la théorie et à la pratique de la médecine*, tom. 2, pag. 245, a recommandé le même traitement d'après Brocklesby.

Enfin, en 1774, William White (et non Robert Whytt, comme l'ont écrit tous les auteurs qui ont copié Bosquillon) en fit sentir tous les avantages dans ses *Observations on the use of antimonial preparations*. Voici ce qu'il dit (pag. 183); je traduis : « L'emploi du nitre seul, après la saignée, est très-avantageux dans le rhumatisme articulaire aigu; mais il faut le donner à la dose d'une once dans les vingt-quatre heures, si l'irritation vasculaire est considérable, et en ayant soin de ne le faire dissoudre qu'au moment de l'administrer, afin de lui conserver toute son efficacité. N'est-il pas en effet dérisoire de donner, dans une maladie aiguë, le nitre à la

dose de cinq ou six grains toutes les quatre ou six heures? » W. White employait aussi cette médication dans le rhumatisme articulaire chronique. « Je ne puis m'empêcher, dit-il (pag. 185), de signaler les vertus de ce sel diurétique dans le rhumatisme articulaire chronique : c'est là une chose qui n'est pas généralement connue. Ce médicament, administré à la dose d'une once et demie à deux onces dans les vingt-quatre heures, ne tarde pas à guérir les cas les plus graves de ce genre, qui auraient déjà résisté à toute autre espèce de traitement. »

Malgré les efforts de Macbride et de William White, ce traitement tomba bientôt dans l'oubli ; et si Bosquillon ne l'eût rappelé dans sa traduction de Cullen, on en chercherait aujourd'hui vainement des traces.

En 1832 ou 33, M. Gendrin commença à employer le nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu. Les résultats en furent des plus remarquables ; et ce praticien reconnut que l'on pouvait administrer ce sel d'emblée, sans le faire précéder des émissions sanguines. Placé en 1839 en qualité d'interne dans son service, je suivis ces expériences avec intérêt, et je me promis de les répéter aussitôt que j'en trouverais l'occasion. Sur ce que j'en ai dit à M. le docteur Martin Solon, dans le service duquel j'étais interne, ce médecin a employé ce traitement, et les résultats ont été des plus satisfaisants.

Après avoir recueilli dans ces deux services un certain nombre d'observations sur ce traitement, j'ai pensé qu'il serait utile d'en publier les résultats ; la question thérapeutique qui s'y rattache est en effet bien loin d'être résolue : car, pendant que plusieurs médecins regardent le nitrate de potasse comme aussi innocent que les autres sels neutres, et en recommandent l'emploi à des doses très-élevées, d'autres, au contraire, semblent en réduire l'emploi aux proportions les plus minces, et le regardent comme dangereux à la dose de plus d'un gros. J'examinerai plus tard quelle est la cause de cette divergence d'opinions entre des observateurs d'ailleurs fort exacts.

Je diviserai les observations que j'ai recueillies en deux sections : la première se composera des rhumatismes guéris sans récidive, la deuxième de ceux guéris par le nitrate de potasse à haute dose, et dans lesquels il y a eu une récidive dont le même traitement a triomphé. Je réunirai ensuite ces observations dans un tableau commun, et, comme corollaires, j'examinerai les effets primitifs du nitrate de potasse à haute dose, je rechercherai le mode d'action de ce médicament, j'exposerai les effets thérapeutiques et les règles à observer dans son administration, et je terminerai par des conclusions générales sur la valeur de ce traitement.

Je dirai, une fois pour toutes, que chaque malade, à partir du commencement du traitement, a pris du nitrate de potasse à haute dose, dissous dans une tisane appropriée au goût du malade et fortement édulcorée. La quantité de nitre dissoute dans chaque litre de tisane n'a jamais dépassé vingt grammes; et le plus souvent on a eu la précaution de commencer par une quantité moins considérable (dix à quinze grammes par litre).

PREMIÈRE SECTION.

RHUMATIMES ARTICULAIRES AIGUS, GUÉRIS SANS RÉCIDIVE.

Obs. I.—*Rhumatisme articulaire moyennement aigu au deuxième jour de l'invasion ; guérison au quatrième jour.* — Rigault, trente ans, cordonnier, entre à l'hôpital Beaujon le 27 juin 1840; bonne constitution, tempérament sanguin ; depuis vingt ans, il a eu cinq ou six affections rhumatismales. Il a été traité par les saignées de son avant-dernier rhumatisme; il a eu, le mois dernier, un nouveau rhumatisme articulaire général, pour lequel il est entré à l'hôpital Beaujon. Il était sans fièvre, et il a été traité, depuis le 3 juin jusqu'au 22 ou 23, par les applications narcotiques locales, les bains sulfureux et de vapeur ; il était guéri, lorsque, quatre jours après sa sortie, il a été repris de douleurs dans les poignets.

Etat actuel, 28 juin.—Douleurs dans les articulations des deux poignets et dans les articulations phalangiennes ; gonflement, chaleur, rougeur au niveau de ces articulations; les mouvements en sont impossibles; peau chaude ; peu de soif; appétit ; pouls à cent vingt; la pointe du cœur n'est pas notablement abaissée ; la matité de la région précordiale est à peu près à l'état normal ; l'auscultation fait reconnaître au niveau de la base du cœur, plus à gauche qu'à droite, et se prolongeant dans l'aorte, un bruit de frottement rude périsystolique (bruit de souffle); le malade (qui n'a jamais eu de palpitations) dit formellement que ce bruit de souffle existe depuis fort long-temps, et qu'il a été reconnu à la Charité il y a plusieurs années.— 20 grammes de nitrate de potasse dans 2 litres de chiendent. — Diète.

29 juin.—Le malade a bu sa tisane; moins de rougeur et de gonflement des poignets; mouvements plus faciles; une seule garde-robe solide; urine en quantité plus considérable qu'à l'ordinaire; sueurs peut-être plus abondantes ; pas de vomissements; appétit; pas de soif; peau modérément chaude; pouls à cent quatre; aucune douleur nouvelle.—30 grammes nit. de potasse dans 3 lit. de chiendent. — Bouillon.

30 juin. — Pas de garde-robe; sueurs très-abondantes; diminution des douleurs, du gonflement et de la rougeur des articulations malades ; les mouvements commencent à se rétablir; langue normale ; pas de douleurs dans le ventre ; chaleur modérée de la peau ; pouls à cent vingt. — Même prescription. — Potages.

1er Juillet : Il a bu ses trois pots de tisane; appétit prononcé; langue à peine blanchâtre ; pas de coliques; une seule garde-robe solide ; sueurs médiocre ; pouls à quatre-vingts seize ; urines jumenteuses. Articulations malades tendant toujours à l'amélioration. — Même prescription. —Soupes. — Bouillons.

2 juillet.—Urines abondantes; une seule garde-robe, plus de douleurs nulle part; appétit; pouls à quatre-vingt-quatre (convalescence). — Même prescription. — Le 1/8 de la portion.

3 juillet. — 10 grammes de nitrate de potasse en 2 litres de chiendent. Le 1/4 de la portion.

4 juillet. — Même prescription. Le 1/4.

Le malade sort parfaitement guéri le 20 juillet 1840.

Obs. II. — *Rhumatisme articulaire très-aigu au troisième jour; guérison au sixième jour.* — Marquion, trente-un ans, palefrenier; forte constitution; n'a jamais été malade, et surtout n'a jamais eu de rhumatisme. Il pense qu'il s'est refroidi en plongeant les mains dans l'eau froide pour laver les harnais, pendant qu'il était en sueur; il n'habite pas d'endroit humide. Le 20 ou 22 juillet, sans cause connue, douleurs vagues dans les membres, sans gonflement articulaire; les douleurs vont en augmentant; il continue son travail, mais les douleurs qu'il éprouve à la plante des pieds et un peu de gonflement du poignet droit le forcent d'interrompre ses occupations et d'entrer à l'hôpital Beaujon, le 31 juillet 1840. Ces douleurs paraissent peu aiguës, et le malade n'a fait aucun traitement. A l'hôpital, on continue le repos et les adoucissants. Il prend un bain chaud le 2 août; le 4 août, les deux poignets sont tuméfiés et douloureux; les deux genoux, surtout le gauche, sont tuméfiés, et la rotule est soulevée par l'épanchement synovial. Pouls à quatre-vingt-douze; constipation; urine à mille quinze, acides donnant un nubécule par l'acide nitrique. — 30 grammes de nitrate de potasse, dans trois litres de limonade citrique; diète.

5 août. — Transpiration des plus abondantes dans la journée; pas de garde-robe; bouche pâteuse; pas d'anorexie; peu de soif; pas de sommeil cette nuit, qui a été plus agitée que les précédentes; les douleurs ont été assez vives pour exciter les cris du malade; pouls à quatre-vingt-seize; les genoux, et surtout le gauche, contiennent une quantité considérable de liquide; ils sont moins douloureux qu'hier, et ne présentent pas de rougeur; coude-pieds, surtout le droit, tuméfiés et douloureux; peu de rougeur à leur niveau. Les deux épaules, la gauche surtout, sont gonflées et très-douloureuses, au niveau de l'acromion; les deux coudes sont un peu douloureux, sans tuméfaction, et leurs mouvements ne sont pas très-difficiles; un peu de gêne dans les mouvements du cou; pas de toux; rien à la région précordiale; urines acides à mille vingt, se troublant par l'acide nitrique. — 50 grammes de nitrate de potasse dans 5 litres de limonade citrique édulcorée; diète.

6 août. — Le malade n'a pas eu assez de ses cinq litres de tisane; sueurs extrêmement abondantes dans la journée; urines aussi très-abondantes; la constipation persiste depuis cinq à six jours; pouls à quatre-vingt-douze, peu large, assez dur, et comme concentré; les pieds sont mieux qu'hier; l'épanchement synovial des deux genoux est moindre; les articulations coxo-fémorales sont douloureuses à la pression et dans les mouvements; cependant, en général, les mouvements des membres inférieurs sont plus faciles; l'épaule gauche est un peu douloureuse; l'épaule droite l'est moins; coude gauche indolent; mouvements du poignet gauche assez faciles; doigts de la main gauche un peu gonflés et peu rouges; leurs mouvements sont peu douloureux; les quatre derniers doigts de la main droite sont un peu gonflés et un peu moins douloureux; soif prononcée; langue normale; ventre indolent; rien de notable au cœur; respiration facile; pas de sommeil cette nuit. — 60 grammes de nitrate de potasse dans 6 litres de limonade citrique; diète.

7 août. — Pas de garde-robe; sueurs aussi abondantes que la veille; épaules faiblement douloureuses; poignets et coudes libres; doigts moins gonflés et moins douloureux qu'hier; articulation coxo-fémorale gauche moins douloureuse qu'hier; articulation coxo-fémorale droite comme hier; faible trace d'épanchement dans le genou gauche, rien dans le droit; les deux articulations sont d'ailleurs indolentes; les pieds sont en bon état et mobiles; pouls à quatre-vingt-huit; langue à peine blanchâtre, humide; bouche pâteuse, un peu d'appétit; pas de douleurs de ventre; rien au cœur. — 60 grammes de nitrate de potasse dans six litres de limonade; bouillon.

8 août. — Garde-robes suivies d'un sentiment de mieux; sueurs toujours très-abondantes; pouls à quatre-vingt-quatre; articulations coxo-fémorales un peu moins douloureuses; rien aux genoux, faible raideur dans les épaules. — Même prescription.

9 août. — Garde robes abondantes et liquides; sueurs aussi abondantes; pouls à quatre-vingts; langue humide; bouche pâteuse; ventre indolent; les quatre derniers doigts de la main droite sont rouges, tuméfiés et douloureux; rien aux poignets et aux coudes; l'épaule gauche est peu mobile et un peu douloureuse; toutes les articulations des membres inférieurs sont en bon état. — Même prescription.

10 août. — Deux garde-robes molles; moiteur seulement; urines très-abondantes, pâles, citrines, à mille dix, faiblement alcalines; pouls à soixante-huit; épaules faiblement endolories; un peu de raideur dans les articulations coxo-fémorales; toutes les autres articulations sont en bon état; chaleur de la peau normale; rougeur érythémateuse de la peau du ventre et du dos; langue humide; ventre indolent. — 40 grammes de nit. de potasse dans quatre litres de limonade; potage.

11 août. — Trois garde-robes molles; sueurs modérées; urines moyennement abondantes, fortement acides, à mille sept; toutes les articulations, excepté les épaules, sont libres, le malade ne peut pas les mouvoir spontanément sans douleur; langue à peine saburrale; soif peu vive; un peu d'appétit; ventre indolent; pouls à soixante-douze; rien au cœur; hier, dans la journée, deux épistaxis de deux onces; caillot dense non couenneux. — 40 grammes de nitrate de potasse dans 4 litres de limonade; 2 potages; flanelle sur les épaules.

12 août. — Pouls à soixante-quatre; mouvements des articulations de plus en plus faciles; quatre garde-robes liquides; ventre indolent; appétit. — 35 grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade, 3 soupes.

13 août. — Pouls à soixante; quatre garde-robes; ventre indolent; appétit; pas de nouvelles douleurs; un peu de raideur dans l'épaule gauche. — Même prescription; le 1/8.

14 août. — Pouls à 64; la raideur des épaules diminue. — 20 grammes de nitrate de potasse dans 2 litres de limonade; le 1/8.

15 août. — 10 Grammes de nitrate de potasse; le 1/4.

Le malade mange successivement la demie et les trois quarts. Il sort parfaitement guéri le 4 septembre 1840.

Obs. III. — *Rhumatisme articulaire, moyennement aigu au deuxième jour de l'invasion; endo-péricardite; guérison au septième jour.* — Dondaine, 20 ans, courrier, assez forte constitution, entre le 25 janvier à l'hôpital Beaujon, pour être traité d'une colique saturnine légère, qu'il a contractée à la fabrique de céruse de Clichy. Soumis le lendemain de son entrée à l'emploi de la limonade sulfurique, les douleurs de ventre diminuent graduellement; la constipation cesse au

quatrième jour ; et le malade est complément guéri de sa colique, lorsque le 30 janvier, il accuse de la douleur au niveau du genou droit ; un peu d'épanchement dans cette articulation ; la peau qui recouvre la rotule est un peu rouge ; le pouls est à quatre-vingt-seize. — Limonade sulfurique, trois pots ; — onctions avec le baume tranquille et l'extrait de stramoine. — Bouillon.

31 janvier. — Pas de douleurs de ventre ; garde-robes faciles ; convalescence de l'état saturnin ; l'épanchement du genou droit a augmenté, et un épanchement s'est formé dans le genou gauche, qui est douloureux ; la douleur du genou droit est moins vive, et la rougeur a presque complétement disparu ; pas de sommeil la nuit, à cause des douleurs articulaires ; pouls à cent vingt, assez dur ; l'auscultation fait reconnaître un frottement périphérique à la base du cœur, et un bruit de frottement périsystolique soufflant à l'origine de l'aorte. — Vingt-quatre grammes de nitrate de potasse dans trois pots de limonade édulcorée. — Diète.

1er février. — Le malade a bu sa tisane ; il n'a pas uriné plus qu'à l'ordinaire ; mais il a beaucoup transpiré ; l'épanchement du genou droit est plus considérable que celui du genou gauche ; ces deux articulations sont douloureuses ; un peu de douleur dans les articulations du pied, et dans le pouce de la main gauche ; peau peu chaude ; pas de palpitations : mêmes phénomènes du côté du cœur ; pouls à cent douze ; la langue saburrale ; deux garde-robes dans la journée d'hier. — Trente-six grammes de nitrate de potasse dans trois litres de chiendent édulcoré. — Bouillon.

2 février. — Le malade a pris ses trois litres de tisane : genoux indolents ; les épanchements articulaires ont beaucoup diminué ; l'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée, douloureuse ; la gauche est aussi un peu douloureuse ; pouce de la main gauche indolent ; garde-robes faciles ; langue saburrale ; appétit. — Même prescription.

3 février. — Encore un faible épanchement dans les genoux, mais pas de douleurs ; les articulations du coude-pied, quoique rouges, sont moins douloureuses ; poignet droit un peu douloureux ; très-bon sommeil ; pouls à cent quatre, un peu moins dur ; langue saburrhale ; appétit ; trois garde-robe. — Même prescription.

4 février. — Poignet droit moins gonflé et moins douloureux ; articulations tibio-tarsiennes libres ; aucune nouvelle douleur ; pouls à quatre-vingt-quatre ; appétit. — Même prescription. Soupes.

5 février. — Le teint du malade devient blafard ; trois à quatre garde-robes liquides ; pas de sueurs ; urines en quantité normale ; bon sommeil la nuit ; douleurs de la main et du poignet droit presque entièrement dissipées ; toutes les autres articulations sont libres et mobiles ; pouls à soixante-seize ; langue un peu saburrale. — Vingt-quatre grammes de nitrate de potasse dans deux litres de chiendent. — Trois soupes.

7 février. — Pouls à soixante ; — douze grammes de nitrate de potasse dans un litre. — Le 1/8.

10 février. — Toutes les articulations sont libres ; le malade reprend sa coloration normale ; pouls à quatre-vingts. — Chiendent. — La 1/2.

Le malade mange la demie pendant quelques jours, puis les trois quarts ; il sort parfaitement guéri le 22 février 1840.

Obs. IV. — *Rhumatisme articulaire assez aigu au cinquième jour, chez un malade affecté de maladie organique du cœur. Guérison au septième jour.* — Bernard, soixante ans, terrassier, entre à l'hôpital Beaujon le 16 septembre 1840. Cet homme, ancien militaire, d'une constitution détériorée, a eu à Toulon, il y a quarante ans, une affection rhumatismale qui a duré un mois. Depuis, il n'a plus éprouvé que quelques douleurs rhumatismales vagues. Plus tard, il a éprouvé des palpitations, et tous les symptômes d'une affection organique du cœur, pour laquelle il a été déjà traité dans le même hôpital, à deux reprises différentes. Pendant son séjour à l'hôpital, nous avions diagnostiqué chez lui une hypertrophie du ventricule gauche et une insuffisance de la valvule mitrale. Il est sorti de l'hôpital depuis trois semaines. Rentré chez lui, il a habité dans un endroit humide. Le 10 septembre, sans cause connue, douleurs avec gonflement dans les articulations des coude-pieds. Bientôt gonflement des genoux. Le 16, douleurs sans gonflement dans l'épaule gauche. Le malade n'a fait aucun traitement, si ce n'est qu'il s'est frotté les articulations malades d'un corps gras.

Etat actuel. — Les bruits anormaux du cœur sont bien moins notables qu'autrefois ; au niveau de la pointe du cœur, en dehors et à gauche, le premier bruit est immédiatement suivi d'un bruit de frottement soufflant assez faible, qui se continue jusqu'au deuxième bruit, qui, lui-même, est peu éclatant. Matité précordiale plus considérable qu'à l'état normal ; impulsion modérée ; pouls large, dur, un peu irrégulier, à quatre-vingt-huit ; le malade n'a plus la conscience de ses palpitations ; langue un peu blanche ; appétit ; peu de chaleur à la peau ; le coude-pied gauche est gonflé, douloureux et peu rouge ; le droit l'est beaucoup moins ; les deux genoux, surtout le gauche, sont gonflés, douloureux ; tous deux sont distendus par un épanchement synovial ; les gaines synoviales des muscles, qui entourent les articulations du genou, sont plus douloureuses au niveau du genou gauche qu'au niveau du droit ; articulation coxo-fémorale gauche douloureuse. — Vingt grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade citrique. — Bouillon.

18 septembre. — La transpiration a été un peu plus abondante ; la sécrétion urinaire a été un peu augmentée ; une garde-robe solide ; la tisane a été prise avec plaisir ; les deux coude-pieds sont moins gonflés et moins douloureux ; les épanchements des genoux sont résorbés, et ces articulations sont moins douloureuses ; articulation coxo-fémorale gauche moins douloureuse ; articulation scapulo-humérale gauche encore douloureuse, mais moins gonflée ; il n'y a pas de nouvelles articulations malades ; appétit ; pouls toujours irrégulier à quatre-vingt-quatre. — Trente grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade. — Trois soupes.

19 septembre. — Quatre garde-robes molles depuis hier ; pas de transpiration notable ni d'augmentation de la quantité des urines ; articulations tibio-tarsiennes et genou droit en très-bon état ; très peu d'épanchement dans le genou gauche ; diminution de la douleur du bras gauche ; articulation coxo-fémorale gauche indolente ; pouls toujours irrégulier à quatre-vingt-quatre. — Quarante grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade. — Soupes.

20 septembre. — (Le temps est froid et humide.) Pas de garde-robe ; urines un peu plus abondantes qu'hier ; un peu de moiteur ; toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche sont en bon état ; quelques douleurs dans les gaînes des fléchisseurs du genou droit ; pouls irrégulier, à soixante-douze. — Même prescription.

21 septembre. — Une garde-robe solide, peu abondante, hier dans la journée ; articulation scapulo-humérale gauche légèrement douloureuse ;

toutes les autres articulations en bon état.—Même prescription.

22 septembre. — Épanchement très faible dans les deux genoux, sans douleur ; mouvement de l'épaule gauche un peu douloureux ; le malade a fait une chute sur la main droite, il s'est foulé le poignet, comme il le dit, et les articulations de cette main sont un peu rouges et chaudes, comme si elles étaient le siége d'un rhumatisme nouveau ; pouls toujours irrégulier à soixante-douze.—Quarante grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade. — Trois soupes.

23 septembre. — Le poignet droit est moins gonflé ; l'épaule gauche est beaucoup mieux ; huit à neuf garde-robes ; pouls à soixante-douze. — Même prescription.

25 septembre. — Plus de douleurs nulle part ; le malade a un peu de dévoiement. — Riz gommé ; — le 1/8.

1er octobre. — Le malade est dans un état satisfaisant ; il mange la demie. Il sort parfaitement guéri le 8 octobre 1840.

Obs. v. — *Rhumatisme articulaire aigu au quatrième jour. Péricardite. Guérison au septième jour.* — Huguenet, commis, vingt-quatre ans, entré le 26 janvier 1839 à l'hôpital de la Pitié. Ce malade, d'une constitution lymphatique, d'un teint coloré, est ordinairement bien portant. Son père, qui est mort aujourd'hui, avait, à ce qu'il croit, des rhumatismes. Sa mère vit encore, et est bien portante. Jamais il n'a eu de maladies de longue durée. Arrivé à Paris il y a onze mois, il y a toujours été valétudinaire. Il avait des malaises, des lassitudes, des accès de fièvre qui revenaient pendant trois à quatre jours de suite pour disparaître et reparaître alternativement. En décembre dernier il a ressenti des lassitudes, des douleurs dans les membres et dans le cou, de la céphalalgie et de la fièvre pendant trois jours. Epistaxis abondantes ; le malade y est d'ailleurs très-sujet ; son état s'est légèrement amélioré après l'administration d'une bouteille d'eau de sedlitz ; il y a trois semaines, céphalalgie, impossibilité de remuer la tête et le cou, épistaxis, douleurs dans tous les membres, moins violentes cependant que la première fois. On lui pratique une saignée du bras, qui donne peu de sang, mais qui lui débarrasse la tête pour un jour ou deux. — Bain chaud. — Le surlendemain, malaises, lassitudes et douleurs dans les membres, fièvre avec frissons. Dans la nuit du 24 au 25 janvier, douleur vive dans le gros orteil du côté droit ; insomnie, fièvre, soif vive, beaucoup d'agitation. Bientôt le pied tout entier se tuméfie, devient rouge et douloureux. Dans la nuit du 25 au 26 janvier, le pied gauche est pris à son tour ; en même temps, le médius de la main droite devient rouge et douloureux. Dans la nuit du 26 au 27, les articulations phalangiennes, métacarpo-phalangiennes, carpiennes et radio-carpiennes sont envahies ; le médius de la main droite devient libre. Le malade se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié, en partie à cause de l'affection articulaire, et en partie pour un symptôme qui le tracasse beaucoup, c'est-à-dire pour des palpitations. Ces palpitations, dont le malade rapporte l'origine à une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, ont augmenté progressivement. Il a même ressenti quelques douleurs à la région précordiale. Dans la nuit du 27 au 28, le genou gauche se tuméfie et devient douloureux.

Depuis son arrivée à Paris, le malade habite dans une rue humide, voisine de la rue Saint-Denis, et couche dans des magasins froids et humides : il a même quelquefois couché sur le carreau.

Etat actuel, 28 janvier. — Empâtement de la face dorsale du pied droit ; douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, tarso-métatarsiennes et métatarso-phalangiennes du même côté ; ces douleurs augmentent par la pression et par tous les mouvements que l'on imprime à ces articulations ; empâtement moins considérable au pied gauche, douleur moins intense, mais se retrouvant encore dans les articulations tibio-tarsiennes et métatarso-tarsiennes ; le genou gauche est tuméfié, douloureux et distendu par une assez grande quantité de liquide ; genou droit légèrement tuméfié et douloureux à la pression ; main droite tuméfiée ; tous les doigts sont rouges à l'exception du médius ; douleur et empâtement dans l'articulation radio-carpienne droite ; anorexie ; langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre ; soif vive ; bouche amère, pâteuse ; digestion facile ; dévoiement ; pouls fréquent et régulier ; peau chaude ; respiration courte ; toux rare et peu douloureuse ; expectoration abondante ; insomnie ; le malade n'urine que peu depuis deux jours ; palpitations, battements énergiques du cœur ; la pointe du cœur se trouve sous la cinquième côte, à quatre pouces du sternum ; la pression sous les fausses côtes, à un pouce, un pouce et demi de l'appendice xiphoïde, occasionne une douleur légère ; matité jusqu'au bord inférieur de la troisième côte ; le bord antérieur du poumon gauche est refoulé en arrière, et la matité s'étend davantage en dehors que dans l'état physiologique ; jusqu'au milieu de la hauteur du cœur, on perçoit un bruit de frottement périphérique double, correspondant à la systole et à la diastole ; en faisant asseoir le malade, la matité diminue d'un demi-pouce à un pouce ; décubitus dans la position horizontale avec inclinaison légère à gauche ; râle muqueux à la base du poumon droit. — Quinze grammes de nitrate de potasse dans un litre d'orge gommée édulcorée ; — quinze grammes de nitrate de potasse dans un julep béchique.

29 janvier. — Le malade a beaucoup uriné ; genou droit indolent ; les autres articulations comme hier ; moins de palpitations et d'état fébrile. — Même prescription.

30 janvier.—Douleurs moins vives ; état fébrile moindre ; moins d'épanchement dans le genou gauche ; la douleur du poignet droit est diminuée ; la matité précordiale paraît moins étendue. — Même prescription.

31 janvier. — L'état fébrile a presque complétement cessé ; la matité diminue ; presque plus de douleur au niveau de l'articulation radio-carpienne ; l'épanchement du genou gauche est résorbé ; il ne reste plus que de l'empâtement autour de l'articulation. — Même prescription.

1er février. — Pas d'état fébrile ; pas de douleur à la pression, à la base de la poitrine ; la sonoréité de la poitrine est à peu près à l'état normal ; un peu d'empâtement autour de l'articulation radio-carpienne. — Même prescription.

3 février. — Aucune trace de phlegmasie articulaire ; matité de la région précordiale à l'état normal.

Le malade demande et obtient sa sortie le 4 février 1839.

Obs. vi. — *Rhumatisme articulaire très-aigu au deuxième jour de l'invasion. Guérison au huitième jour.* — Denis, dix-neuf ans, journalier, entre à l'hôpital Beaujon le 13 juin 1840 ; constitution athlétique, n'a jamais été malade. Le 6 juin, il a reçu un coup de pince sur la jambe

gauche. A la suite, il est survenu du gonflement avec douleur. Le malade se repose chez lui pendant quelques jours, et entre dans un service de chirurgie le 9 juin. Cataplasmes sur la jambe; — compresses imbibées d'eau de guimauve; — une saignée du bras. — Le 12 juin, des croisées restent imprudemment ouvertes auprès du lit du malade; il reste exposé à un courant d'air pendant près de deux heures, et il prend froid. Le soir même, frisson violent et fièvre. Le 13 juin, les articulations se prennent : d'abord les épaules, puis les genoux, ensuite les coudes et les poignets; constipation; le malade n'a pas uriné depuis deux jours.

État actuel, 13 juin.—Pouls à cent, large sans être dur; visage modérément coloré; langue humide, blanchâtre, recouverte d'un enduit très-mince; sensation de gêne à l'hypogastre, bien que la vessie ne soit point distendue; respiration fréquente, incomplète, à cause des douleurs de jointures et d'une douleur à l'épigastre; sueur générale; genoux tuméfiés et douloureux, peu mobiles; épaule gauche douloureuse; poignet et main gauche peu douloureux; épaule droite douloureuse, ainsi que le poignet du même côté; le coude droit est aussi douloureux; main droite mobile et indolente; constipation depuis deux jours; depuis deux jours aussi le malade n'a pas uriné, et cependant la sonde n'amène que quelques gouttes d'une urine jaune orangée, d'une densité de mille vingt-neuf. — 20 grammes de nitrate de potasse dans quatre litres de tilleul édulcoré. Lavement émollient. Diète.

15 juin. — Transpiration extrêmement abondante; une seule garde-robe; pas de nausées; pouls à quatre-vingt-seize; soif vive; anorexie; langue un peu saburrale; insomnie; les deux épaules et le coude droit sont douloureux, sans qu'il y ait plus de rougeur ou de gonflement; l'index de la main droite offre seul une teinte rougeâtre; le malade s'en plaint, et ne peut le mouvoir; les autres doigts et le poignet sont seulement un peu raides; les genoux sont moins distendus; le genou droit paraît plus douloureux; la peau qui le recouvre est à peine rouge; le genou gauche est moins douloureux; quelques légères douleurs dans les pieds; sentiment de mieux-être. — 48 grammes de nitrate de potasse dans six litres de tisane. Diète.

16 juin. — Transpiration très-abondante; deux garde-robes; urines faciles, en quantité normale; pouls à quatre-vingt-huit, assez large sans être dur; douleurs des membres supérieurs entièrement dissipées, et mouvements rétablis; épanchement des genoux entièrement résorbé; un peu de douleur dans le genou droit; aucune nouvelle douleur. — 24 grammes de nitrate de potasse dans trois litres de tilleul. Bouillon.

17 juin. — Encore un peu de raideur et de douleur dans le poignet gauche; pouls à quatre-vingt-seize; pas de transpiration; pas de garde-robe; urines faciles; pas de chaleur à la peau; appétit; toutes les autres articulations en bon état. — 30 grammes de nitrate de potasse dans 3 litres de tilleul. Soupes.

18 juin. — Pouls à quatre-vingt-huit; faible douleur dans le poignet droit; aucune douleur dans le poignet gauche. — Même prescription. Soupes.

19 juin. — Pouls à quatre-vingt-seize; chaleur à la peau; diminution de la douleur du poignet droit; douleur sans tuméfaction dans les gaînes tendineuses des fléchisseurs de la jambe gauche; un peu d'épanchement dans le genou gauche; langue humide; appétit; pas de transpiration; une seule garde-robe; urines normales. — 30 grammes de nitrate de potasse dans 2 litres de tilleul. Soupes.

20 juin. — Pas de sueurs; urines abondantes; une seule garde-robe; pouls à 72; très-bon sommeil cette nuit; les synoviales des fléchisseurs de la jambe ne sont nullement douloureuses; un peu d'épanchement dans la synoviale du genou gauche, sans douleur; appétit très-prononcé. — Même prescription.

21 juin. — Pouls à soixante-douze; aucune douleur dans les articulations; encore un peu d'épanchement dans le genou gauche; pas de transpiration; cinq selles liquides, jaunâtres, depuis hier; urines en quantité normale; appétit. — Même prescription.

22 juin. — Toutes les articulations sont libres et mobiles; pouls à soixante-douze; appétit; garde-robes abondantes, et dévoiement avec coliques légères.—10 grammes de nitrate de potasse dans un litre de tilleul. Le huitième.

23 juin. — Pouls à soixante; aucune douleur nulle part. — Même prescription.

24 juin. — Cessation du nitrate de potasse. — le quart.

Sortie le 29 juin 1840.

Obs. VII. — *Rhumatisme articulaire moyennement aigu au quatrième jour de l'invasion chez une malade affectée de maladie du cœur; guérison au huitième jour.* — Tallefert, vingt ans, domestique, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital de la Pitié le 13 avril 1839, pour être traitée d'une maladie du cœur; bien réglée depuis l'âge de seize ans, elle n'a jamais fait de maladie grave. Depuis six mois à peu près, elle s'est aperçue qu'elle avait de la dyspnée et des palpitations, et tous les symptômes ordinaires d'une maladie du cœur. Tous ces accidents ont été combattus par l'emploi des saignées, et elle a pu continuer ses rudes travaux quoique avec peine. En même temps elle a eu de l'œdème aux extrémités inférieures. Il y a quinze jours, elle a éprouvé des douleurs dans les genoux et dans les pieds, qui ont nécessité son séjour au lit pendant ce laps de temps.

A son entrée, le 13 avril, on reconnaît une affection organique du cœur, sur laquelle on porte le diagnostic suivant : *hypertrophie légère du ventricule gauche; phlegmasie des valvules et de l'origine de l'aorte.* La fréquence et la plénitude du pouls réclament une saignée, qui lui est pratiquée le 14.

Le 18 avril. — Vingt sangsues à la base du cœur.

Le 20 avril. — Vésicatoire sur le sternum; 10 centigrammes de poudre de digitale.

Le 1er mai. — On applique un cautère entre les articulations synchondro-sternales de la deuxième et de la troisième côtes.

12 mai. — Douleurs dans les articulations du genou des deux côtés. Toutes deux sont tuméfiées, surtout la droite; anorexie, nausées, bouche amère, pâteuse. —Ipécacuanha, 1 gr 20, et tartre stibié 0,10 en trois prises. — Chicorée sauvage.— Diète.

17 mai. — Fluctuation et abondant épanchement dans le genou droit; genou gauche moins tuméfié et moins douloureux; quelques douleurs dans la région lombaire; la matité de la région précordiale n'a pas notablement augmenté. Etat fébrile. — Orge gommée, édulcorée (un litre); et julep béchique de cent vingt grammes, avec quinze grammes de nitrate de potasse chacun.

18 mai. — Un peu moins de fréquence dans le pouls; douleur toujours très-aiguë au niveau du genou droit; la tuméfaction du genou gauche a notablement diminué. — Même prescription.

19 mai. — Genou gauche presque libre ; genou droit toujours tuméfié ; douleurs dans l'épaule gauche et dans la partie postérieure des muscles du cou. — Même prescription.

21 mai. Aucune douleur dans le genou gauche; genou droit entièrement libre ; peu de fièvre. — Suspension du nitrate de potasse.

22 mai. Pas de fièvre ; aucune douleur dans les articulations ; un peu de tuméfaction œdémateuse du genou droit.

Depuis cette époque, la malade reste soumise à un long traitement palliatif pour sa maladie du cœur. Elle sort le 9 juillet 1839, n'ayant aucune amélioration dans son état. L'hypertrophie du ventricule gauche augmente sans cesse, et l'insuffisance des valvules aortiques n'est plus douteuse.

Obs. VIII. — *Rhumatisme articulaire aigu au dixième jour de l'invasion. Guérison au neuvième jour.* — Pergent, quarante ans, homme de peine, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament lymphatique, est habituellement bien portant, et n'a jamais fait de maladies graves jusqu'en 1834. Son père est rhumatisant ; cet homme a eu plusieurs affections syphilitiques dont il a été traité assez complétement. Soldat pendant vingt-deux ans, il a fait le siège d'Anvers, et il s'est bien porté jusqu'en 1834. A cette époque, il a eu un rhumatisme, qui lui a envahi successivement toutes les articulations. Traité par les émissions sanguines et les bains de vapeur, il est sorti guéri de l'hôpital au bout de six semaines de séjour ; il n'a plus éprouvé d'atteinte jusqu'au 7 août 1839, où il a été pris de malaises, de frissons, de fièvre, d'anorexie, de soif, de douleurs dans la plante des pieds, et de gonflement des orteils. Le genou s'est ensuite tuméfié, et est devenu douloureux ainsi que la jambe. Le malade a pris alors un bain de pieds ; la douleur a remonté jusqu'au haut de la cuisse. Deux jours après, les coudes et les poignets ont été envahis, et le lendemain les épaules.

Le 17 août. — Douleurs dans le cou, et un peu de gêne dans la déglutition. L'état fébrile a toujours continué, et le malade a eu quelques nausées avant son entrée.

État actuel, 18 août. — Face colorée ; anorexie complète ; soif vive ; bouche un peu amère ; légère teinte ictérique des conjonctives. Déglutition s'accomplissant avec quelque difficulté, et produisant des douleurs dans l'oreille ; tuméfaction des articulations tibio-tarsiennes, de la face dorsale des deux pieds, des orteils ; l'articulation du coude-pied droit est distendue par du liquide ; la fluctuation y est évidente ; douleurs sur le trajet des masses musculaires de la cuisse et de la jambe; genoux douloureux, bien qu'ils ne soient point distendus et tuméfiés : tous les mouvements qu'on leur imprime sont difficiles et excessivement douloureux ; l'articulation du poignet droit est tuméfiée et douloureuse ; les doigts de la main droite tuméfiés et immobiles ; les articulations de la main gauche sont aussi douloureuses ; masses musculaires postérieures du cou, surtout à droite, douloureuses à la pression, et rendant tous les mouvements de la tête très-douloureux. Pas de toux ; quelques sueurs ; urines en quantité normale ; sommeil nul ; le malade reste continuellement assis de peur d'exécuter des mouvements ; pouls assez fréquent, peu plein ; battements du cœur fréquents avec impulsion sans matité anomale ; une trace de frottement périphérique. — Ipécacuanha 1 gr 20, et tartre stibié 0,10 en trois prises. — Chicorée sauvage. — Diète.

19 août. — Orge gommée, édulcorée, deux litres, avec quinze grammes de nitrate de potasse dans chaque litre.

20 août. — État fébrile moindre : douleurs limitées au poignet droit. — Même prescription.

21 août. — Le malade n'a pas bu sa tisane ; la fièvre a un peu augmenté ; recrudescence dans les douleurs ; anorexie. — Même prescription.

23 août. — Cessation complète de la fièvre ; les poignets et les bras ont repris la plénitude de leurs mouvements ; épaule droite douloureuse, et ses mouvements impossibles; mouvements du cou libres ; apparence de douleurs à la partie postérieure du genou gauche. — Même prescription.

24 août. — Fièvre nulle ; douleurs articulaires nulles ; mouvements du col libres ; seulement un peu de douleur dans le côté droit de la poitrine. — Même prescription.

Le malade continue encore le même traitement pendant six jours ; les douleurs articulaires ne se rencontrent plus ; une douleur qui avait paru le 30 août le long des attaches costales du diaphragme, est dissipée le lendemain, et le malade sort parfaitement guéri le 1er septembre 1839.

Obs. IX. — *Rhumatisme très aigu au cinquième jour de l'invasion. Guérison au onzième jour.* — Joséphine, vingt-deux ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon le 14 septembre 1840. Cette jeune fille, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, est habituellement bien portante et bien réglée ; jamais elle n'a eu de rhumatisme ni de palpitations ; elle habite un endroit qui n'est pas humide ; mais elle est surtout occupée à laver des légumes dans l'eau froide ; elle attribue à cette cause l'invasion de son rhumatisme, et rapporte qu'il y a quinze jours, elle a été fortement mouillée par une pluie d'orage, au moment où elle était en sueur ; la transpiration s'est supprimée, et cependant, pendant les trois ou quatre jours suivants, elle n'éprouva aucun accident ; les règles sont venues, et elles coulaient depuis vingt-quatre heures lorsque, le 9 septembre, elle éprouva des douleurs rhumatismales dans le bras droit. — Sangsues à l'avant-bras droit, un peu au-dessus du poignet. — Les douleurs changent de place, et s'emparent du bras gauche ; bientôt les jambes se prennent à leur tour ; les règles n'ont pas été supprimées et ont duré leur temps ordinaire. Entrée à l'hôpital le 14 septembre, on reconnaît la maladie et on lui administre quarante-cinq grammes de nitrate de potasse dans trois litres de chiendent édulcoré.

État actuel, 15 septembre. — Sueurs abondantes cette nuit et ce matin. Urines en quantité normale ; une garde-robe hier après le lavement ; l'articulation tibio-tarsienne gauche est rouge et tuméfiée ; la droite l'est beaucoup moins ; tuméfaction douloureuse et épanchement dans le genou gauche ; genou droit aussi distendu, mais moins douloureux ; gaînes tendineuses des muscles fléchisseurs des genoux douloureuses à un assez haut degré ; articulation coxo-fémorale gauche très-douloureuse au toucher ; articulation coxo-fémorale droite moins douloureuse ; douleur et gonflement du poignet gauche et des articulations métacarpo-phalangiennes du même côté ; l'articulation scapulo-humérale gauche est un peu douloureuse sans gonflement ; le bras gauche n'est pas d'ailleurs complétement immobile ; bras droit dans un état analogue ; sentiment de gêne en respirant, vers l'appendice xiphoïde ; pouls d'une consistance et d'un volume moyen à cent quatre ; les battements du cœur n'ont rien de remarqua-

ble ; langue un peu jaunâtre ; bouche amère, mauvaise ; quelques nausées, produites seulement par la tisane ; ventre indolent, urines albumineuses à mille vingt-deux. — Soixante grammes de nitrate de potasse dans quatre litres de limonade citrique édulcorée.—Julep avec trente grammes de sirop de pavot blanc ; flanelle sur les épaules. — Diète.

16 septembre. — La malade a pris régulièrement sa tisane qui a quelquefois excité des nausées, mais pas de vomissements ; transpiration très-abondante malgré la température froide et humide. Point de garde-robe ; urines en quantité normale; pouls assez dur, d'une largeur moyenne; sommeil satisfaisant ; langue toujours jaunâtre ; bouche mauvaise ; ventre indolent ; la digestion de la tisane est toujours difficile ; pas de toux, pas de gêne pour respirer ; le coude-pied droit est mieux ; l'épanchement du genou droit est aussi abondant qu'hier, l'épanchement du genou gauche est plus douloureux ; sans avoir augmenté ; les gaînes des fléchisseurs des genoux sont moins douloureuses ; le coude-pied gauche est aussi douloureux qu'hier ; articulations coxo-fémorales droite et gauche un peu moins douloureuses qu'hier.—Même prescription.

17 septembre. — La malade a pris trois de ses pots de tisane mieux préparés ; pas de nausées ni de garde-robes ; urines comme à l'ordinaire, sueurs abondantes ; sommeil cette nuit ; langue humide, couverte d'un enduit jaune assez épais ; soif moindre ; ventre indolent ; pas de toux ni de palpitations ; pouls moins dur à cent ; peau chaude, douce, sans moiteur, et couverte d'une sorte d'éruption miliaire abondante ; membre abdominal droit indolent ; épanchement entièrement résorbé au genou droit ; les mouvements en sont plus faciles ; à peine de la douleur et de la rougeur au coude-pied gauche ; le reste du membre inférieur gauche est en très-bon état ; membres supérieurs dans un état satisfaisant (l'amélioration est notable). — Soixante grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade. — Julep diacodé. — Diète.

18 septembre. — Peu de sueurs ; l'éruption miliaire a beaucoup augmenté et est comme vésiculeuse ; quelques-unes des vésicules sont d'une couleur rose foncée ; au milieu d'elles se trouvent quelques sudaminas plus abondants et plus rapprochés sur le ventre et le dos que partout ailleurs ; pas de garde-robes ; urines plus acides, moins albumineuses, à 1025 ; pouls peu dur et peu large, à 100 ; le coude-pied gauche est mieux qu'hier ; les gaînes synoviales des fléchisseurs du genou droit sont un peu plus tendues et plus douloureuses ; articulations coxo-fémorales en bon état ; faible gêne dans les mouvements de l'épaule droite ; langue toujours chargée d'un enduit jaunâtre ; appétit ; pas de nausées ; ventre indolent ; sommeil cette nuit (le mieux continue). — Même prescription. — Bouillon.

19 septembre. — (Le temps est froid et pluvieux.) Pas de sueurs abondantes : seulement un peu de moiteur ; pas de garde-robes ; la quantité d'urine n'a pas augmenté ; encore une trace d'épanchement dans les genoux ; encore un peu de douleur dans les environs de la rotule et dans les gaînes des fléchisseurs : toutes les autres articulations du membre inférieur ont repris leur volume et leur mobilité normales ; mouvements de l'épaule droite gênés et douloureux ; ceux de l'épaule gauche sont plus libres ; pouls de quatre-vingt-douze à quatre-vingt-seize. — Même prescription.

20 septembre — (Le temps coutinue à être froid et humide.) Moiteur ; pas de garde-robe ; urines comme hier ; toutes les jointures indolentes et mobiles ; l'éruption miliaire est blanche, opaque ; pas de chaleur à la peau ; langue normale ; appétit ; ventre indolent ; sommeil ; pas de soif ; pouls à quatre-vingt-douze. — Même prescription. — Soupes maigres.

22 septembre. — (Temps moins humide, mais froid.) Une garde-robe solide, abondante ; quelques nausées après l'administration de la tisane ; peau douce, sans moiteur ; l'éruption miliaire pâlit et s'efface ; les articulations en général sont en bon état ; de la douleur seulement dans l'articulation scapulo-humérale ; pouls ni fort, ni dur ; ni large ; rien du côté du cœur. — Même prescription. — Des potages.

23 septembre. — (Temps humide et pluvieux, mais pas froid.) La malade a bu sa tisane avec une certaine répugnance : mais elle était très chargée de nitrate de potasse, et le citron paraît plutôt lui déplaire que le sel lui-même ; une garde-robe liquide ; pas de sueurs ; la quantité d'urines est en proportion avec les boissons ; quelques malaises pendant la nuit ; toutes les articulations, sans exception, sont en bon état ; rien au cœur ; pouls à cent vingt, ni dur ni fort ; l'éruption se dessèche. — Quarante grammes de nitrate de potasse dans trois litres de tisane pectorale. — Deux potages. — Deux échaudés.

24 septembre. — (Même état du temps.) Elle a bu sa tisane avec plaisir ; l'échaudé a été d'une digestion difficile, et a occasionné des nausées ; la langue humide ; estomac sensible à la pression ; pas de coliques ; pas de garde-robes ; pas de transpiration ; douleurs nulles dans les articulations ; visage un peu violet ; impulsion du cœur assez vive, sans bruit particulier ; pouls à cent vingt ; un peu de chaleur à la peau. — Vingt grammes de nitrate de potasse dans un litre de pectorale. — Cataplasme sur l'épisgastre. — Deux lavements. — Lait.

25 septembre. — (Temps moins froid et serein.) Pas de nausées ; deux garde-robes après les lavements ; peu d'urines ; peu de moiteur ; sommeil meilleur ; quelques sudaminas ; l'anxiété d'hier et la coloration violette du visage se sont dissipées ; ni soif ni douleur épigastrique ; appétit ; rien du côté du cœur ; pouls à cent quatre. — Quinze grammes de nitrate de potasse dans un litre de tisane. — Eau de Seltz, une bouteille.—Soupes.— Bouillons.

26 septembre. — Digestion bien faite ; langue nettoyée ; appétit ; appareil digestif en bon état ; pouls à cent ; sommeil. — Huit grammes dans un litre. — Le 1/8.

27 septembre. — Coloration normale de la langue et du visage ; pouls à quatre-vingt-huit. — Pectorale. — Le 1/4.

La malade mange, le 30 septembre, la demie, et, le 4 octobre, les trois quarts. Elle sort parfaitement guérie le 10 octobre 1840.

Obs. x. — *Rhumatisme articulaire aigu au sixième jour de l'invasion. Guérison au quatorzième jour.* — Potain, trente-six ans, cuisinier, d'une forte constitution, entre à l'hôpital Beaujon le 27 juillet 1840. Ce malade a déjà eu un rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre, pour lequel il a été traité à l'Hôtel-Dieu, il y a cinq ans, par les saignées générales et les cataplasmes. Il est sorti guéri au bout de dix jours, mais il a fait une convalescence de trois mois. Il s'est bien porté depuis, et n'a pas eu de palpitations de cœur. Il travaille dans un endroit assez sec, et habite dans une chambre très-aérée et bien exposée. Le 21 juillet, sans cause connue, douleur dans les pieds vers la face plantaire, qui se dissipe dans la

journée. Le 22 juillet, même douleur. Vers le soir, douleur très-vive dans le coude-pied et le talon du pied droit. — Frictions avec un baume odorant. — La douleur se déplace et envahit le pied gauche. Le genou droit se prend le 26 juillet. Le 27 juillet, à son entrée, on lui prescrit trois litres de chiendent édulcoré avec six grammes de nitrate de potasse par litre.

État actuel, 28 juillet. — Peu de soif et d'appétit; langue saburrale; ventre indolent; pas de garde-robe depuis trois jours; sueurs pendant la nuit; urines en quantité normale; pas de palpitations; la région précordiale ne présente pas de matité anormale, et les bruits du cœur sont clairs et précipités sans être modifiés, et s'accompagnent seulement d'un léger bruit de frottement périphérique; pouls à cent, assez dur, peu large; pied gauche tuméfié, rouge, comme raccourci, ce qui lui donne l'apparence du pied-bot; pied droit présentant de la rougeur au niveau des gaînes des extenseurs; il est, d'ailleurs, mobile et peu douloureux; genoux distendus par de l'épanchement (surtout à gauche) et douloureux; rien aux membres supérieurs et au cou. — Trente grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade édulcorée. — Bouillon.

29 juillet. — Pouls à quatre-vingt-seize; pas de nausées; ventre indolent; pas de garde-robes; sueurs plus abondantes cette nuit; urines en rapport avec les boissons; sommeil meilleur; le pied gauche, indolent, a repris sa forme normale; le pied droit en bon état; genoux encore douloureux, surtout au-dessus de la rotule; l'épanchement est moindre à gauche; mouvements du cou douloureux; douleurs dans quelques articulations de la main gauche et dans le poignet; un peu d'oppression, cette nuit, qui s'est dissipée ce matin. — Quarante grammes de nitrate de potasse dans trois litres de tisane. — Bouillon.

30 juillet. — Sueurs assez abondantes; deux garde-robes molles; toutes les articulations des membres inférieurs sont mobiles et indolentes; depuis hier au soir, l'épaule et le poignet gauches sont tuméfiés et douloureux; épaule droite un peu douloureuse, sans gonflement; pouls à quatre-vingt-seize, ni fort, ni dur; rien au cœur; langue faiblement saburrale; un peu d'appétit; ventre indolent; sommeil meilleur. — Quarante-cinq grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade. — Bouillon.

31 juillet. — Le malade a bu sa tisane, de la préparation de laquelle on n'est pas sûr; plusieurs garde-robes; sueurs pendant la nuit; le malade a pu faire quelques pas hier; peu de douleur dans le membre supérieur gauche; l'épaule et le poignet droits sont plus pris qu'hier; pouls à quatre-vingt-seize. — Même prescription.

1er août. — Une seule garde-robe; pas de sommeil cette nuit; pouls à quatre-vingt-huit; douleur nouvelle et faible épanchement dans le genou droit; face dorsale de la main gauche rouge et gonflée, ainsi que la gaîne du cubital postérieur; doigts rouges, gonflés, immobiles; épaule droite et coude droit peu mobiles; main droite tuméfiée et rouge, surtout à sa face dorsale; les mouvements en sont un peu difficiles. — Cinquante grammes de nitrate de potasse dans quatre litres de limonade. — Bouillons.

2 août. — Garde-robes liquides très-abondantes; épistaxis; sommeil pendant deux heures; peau chaude; pouls à quatre-vingt-huit; genou droit moins tuméfié, ne contenant plus de liquide; épaule et main gauches moins rouges qu'hier; épaule et main droites de même; ventre indolent; appétit. — Même prescription.

3 août. — Sueurs abondantes et diarrhée cette nuit; un eczéma assez rouge accompagne les sueurs; un peu d'épanchement dans le genou gauche; membres inférieurs se mouvant avec quelque difficulté et comme engourdis; membre supérieur gauche en bon état; il ne reste au droit qu'un peu de rougeur et de difficulté dans les mouvements du poignet droit; épistaxis; pouls à quatre-vingt-huit; appétit; sommeil. — Même prescription.

4 août. — Deux garde-robes liquides depuis hier; sueurs et sommeil cette nuit; membres inférieurs assez bien; les genoux, surtout le droit, sont distendus par un peu de liquide; un peu de douleur dans l'épaule droite; poignet et main moins rouges et moins douloureux qu'hier; pas de palpitations; pouls à quatre-vingt-quatre. — Même prescription.

5 août. — Deux garde-robes; sueurs abondantes; genoux un peu distendus et indolents; le malade (à qui on a permis de marcher un peu dans la salle) s'expose au froid; les articulations de l'épaule, du poignet et de la main gauches sont tuméfiées et plus douloureuses; pas de sommeil la nuit; pouls à cent, assez dur. — Même prescription.

6 août. — Une seule garde-robe copieuse; membres inférieurs entièrement libres; médius de la main droite, rouge et tuméfié et immobile; épaule droite douloureuse sans gonflement; la main gauche et les gaînes de ses extenseurs rouges douloureux, un peu plus mobiles; pouls à quatre-vingt-douze. — Même prescription.

7 août. — Bras gauche en bon état; épaule droite douloureuse; main droite gonflée et plus douloureuse; pouls à quatre-vingt-seize. — Soixante grammes de nitrate de potasse dans quatre litres de tisane. — Trois soupes.

8 août. — Sueurs et urines alcalines abondantes; genou gauche très-peu gonflé; quelques articulations de la main droite un peu rouges, gonflées et douloureuses; langue rosée; appétit; ventre indolent; pouls à quatre-vingt-huit. — Même prescription.

9 août. — Pas de garde-robe; sueurs assez abondantes; toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs libres, mobiles et indolentes; pas de raideur dans le cou; appétit; ventre indolent; pouls à quatre-vingt-huit. — Même prescription.

10 août. — Sueurs abondantes; une seule garde-robe; douleurs dans les deux épaules; pouls à quatre-vingt-quatre. — Même prescription.

11 août. — Quelques sueurs; une garde-robe ce matin; urines plus abondantes; pouls à quatre-vingt-huit; les douleurs des membres supérieurs ont totalement disparu; une trace d'épanchement dans le genou gauche. — Même prescription. — Le 1/8.

12 août. — Deux garde-robes ce matin; un vomissement bilieux verdâtre; pouls de cent douze à cent seize; langue pâle; ventre indolent dans toute son étendue; articulations en bon état. — Quarante-cinq grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade. — Le 1/8.

13 août. — Sueurs assez abondantes, accompagnées de l'éruption de quelques vésicules d'eczéma; une garde-robe; douleurs nulle part; urines alcalines à mille douze; bon sommeil; pouls à quatre-vingt-quatre; langue humide; appétit; ventre indolent. — Trente grammes de nitrate de potasse dans trois litres de tisane. — Le 1/4.

Le malade continue à prendre de la limonade nitrée jusqu'au 18 août; mais on réduit graduellement la dose du nitrate de potasse à dix grammes

par jour. Il sort parfaitement guéri le 20 août 1840.

A quoi attribuer la ténacité relative du rhumatisme dans l'observation qu'on vient de lire? Je crois qu'il faut en accuser les imprudences multipliées du malade, qui allait se promener dans le jardin par les journées humides et pluvieuses du mois de juillet dernier.

ARAN.
interne des hôpitaux.

(La suite à un prochain numéro.)

III. Mémoire sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes.

DEUXIÈME PARTIE (1).

Du traitement de la chlorose et de l'amaurose chlorotique simple. De l'amaurose chlorotique compliquée d'irritation locale et de son traitement. De la thérapeutique des maladies asthéniques en général, compliquées d'irritation locale.

L'amaurose chlorotique est une espèce de la goutte sereine dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps (MM. Blaud, Cunier), et qu'on regarde assez généralement comme asthénique et comme un simple symptôme de la chlorose. Comme nos confrères que nous venons de nommer, nous avons vu un nombre de cas d'amaurose sur des personnes chlorotiques, dans lesquels la diminution de la vision ne tenait qu'à la maladie asthénique générale, et où elle a été combattue avec succès par le traitement anti-chlorotique simple, c'est-à-dire par les seuls ferrugineux. Mais parmi ces cas, il ne s'en est point trouvé dans lesquels nous ayons vu une cécité aussi complète, suivie d'une guérison aussi rapide que dans l'observation citée par M. Blaud (*Revue médicale* 1839, novembre, *p.* 205.) Nous ajouterons qu'en général des gouttes sereines purement symptomatiques et asthéniques, sur des individus affectés de chlorose, se sont présentées à notre observation bien plus rarement que des amblyopies et des amauroses chlorotiques compliquées d'irritation locale et nécessitant un traitement complexe, souvent fort difficile et embarrassant. C'est cette complication avec une irritation locale congestive ou sub-inflammatoire dans les membranes oculaires internes, surtout dans la rétine, qui va faire le sujet de la seconde partie de ce mémoire. Elle n'est pas rare, et n'a pu m'échapper depuis long-temps; en 1837, je l'ai signalée le premier à l'attention des observateurs (*Traité de l'ophthalmie, etc.*, p. 658.) Cette complication n'a rien d'irrationnel, et aurait pu être admise *à priori*, si l'on considère que les altérations du sang dans la chlorose et dans l'inflammation ne portent point sur les mêmes éléments de ce liquide, chose que nous avons depuis long-temps crue et professée dans nos leçons cliniques, et qu'ont pleinement démontrée les intéressantes recherches chimico-pathologiques de MM. Andral et Gavarret sur les altérations du sang dans les maladies. (Voir le journal l'*Expérience*, n° 163, août 1840.) Dans la chlorose, l'hématose est vicieuse, l'élaboration du sang est incomplète; son principe colorant (globules, globuline) est moins abondant, tandis que, dans cette même maladie, les matériaux solides du sérum et la fibrine n'ont subi aucun changement apparent dans leur qualité et dans leur quantité, et que l'eau s'accroît en raison directe de l'abaissement du nombre des globules. Dans l'inflammation, au contraire, les exsudations de matière plus ou moins épaisse, plus ou moins organisée, la formation de fausses membranes et de collections liquides ont dès long-temps démontré que la fibrine et le sérum exclusivement, ou au moins plus que le principe colorant du sang, sont morbidement altérées quant à leurs qualités et à leur quantité. C'est donc la diminution plus ou moins considérable de la portion colorante du sang, la plus stimulante et la plus directement destinée à l'excitation vitale et à la nutrition des organes, qui produit les symptômes d'asthénie dans la chlorose et les maladies semblables, telles que l'anémie par suite de pertes de sang, etc. Or, quelque petite que soit la quantité de cette partie colorante, rien ne s'oppose à ce que, dans des circonstances données, et après l'action d'une cause irritante locale sur tel ou tel organe, le torrent du sang se porte de préférence, et avec violence, vers la partie irritée, et qu'il y produise une congestion. Plus tard, l'irritation ne discontinuant pas, nous verrons la quantité de la fibro-albumine augmenter localement dans l'organe malade et y former, ainsi que le sérum, des exsudations d'une consistance et d'une étendue très-variables. Voici donc une inflammation complète formée, malgré la diminution de la globuline, malgré la chlorose; car, pour nous, ces deux caractères physiologiques, l'abord plus abondant du sang et l'exsudation plastique, suffisent pour constituer une inflammation.

Une fois la congestion établie dans un organe, elle peut facilement, sous la continuation des causes excitantes, devenir permanente et amener l'inflammation, surtout dans un organe d'un si petit volume que l'œil, dans lequel une petite quantité de sang suffit pour produire une excitation et une altération pathologique considérable. Mais en dehors de ces états locaux, plus ou moins limités, on pourrait rationnellement admettre que des causes générales, capables d'augmenter la plasticité du sang, c'est-à-dire la quantité de la fibro-albumine et sa tendance à l'exsudation, pourraient, dans certaines circonstances, agir sur toute la masse du sang, malgré l'existence de la chlorose ou de maladies analogues, et malgré la diminution de la globuline qu'elles

(1) Voir notre numéro de décembre 1840.

produisent. Nous rapporterons ici un passage de l'intéressant mémoire de M. Andral. (*Expérience*, n° 163; 1840, p. 162, 2e colonne.)

« Quant aux autres éléments du sang, « sauf l'eau, qui s'accrut en raison directe « de l'abaissement des globules (dans la « chlorose), ils ne prirent aucune part au « changement; ainsi les matériaux solides « du sérum variant entre 34 et 75, se main- « tinrent dans les limites de leur quantité « physiologique, et la fibrine, restant en- « core indépendante de l'état des globules, « ne subit en aucune façon l'influence de la « maladie; vainement les globules descen- « dirent, elle ne les suivit pas, et l'admi- « nistration du fer ne fit pas varier sa quan- « tité. Et, ici, un cas singulier se présente : « non seulement la fibrine ne diminua pas « par l'effet de la chlorose, mais dans deux « cas elle augmenta, atteignant les chiffres « 6 et 7. Nous pouvons en donner la rai- « son : c'est que, dans ces deux cas, la chlo- « rose n'existait plus comme unique mala- « die; dans un cas, elle marchait avec une « phthisie pulmonaire, au troisième degré; « dans l'autre, elle était compliquée d'un « rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, non « seulement la fibrine se soustrait aux alté- « rations que le sang éprouve par le fait de « la chlorose, mais encore, si une autre ma- « ladie vient coïncider avec celle-ci, la fi- « brine en reçoit la modification accoutumée, « tout aussi bien que si la chlorose n'existait « pas.»

M. Andral m'a dit avoir également traité une chlorotique d'une bronchite capillaire et l'avoir guérie, ainsi que le rhumatisme articulaire aigu, par le traitement anti-phlogistique, en quittant pendant quelque temps l'emploi des ferrugineux, et en le reprenant plus tard avec un succès complet contre la chlorose. M. Piorry, dans une leçon clinique sur la chlorose (*Gazette des médecins praticiens*, 1829, p. 227), admet aussi qu'il faut saigner, mais avec de grands ménagements et de grandes précautions, dans les chloroses compliquées de maladies inflammatoires.

Il résulte de ces états particuliers des éléments du sang des indications thérapeutiques différentes, mais qu'on ne saurait regarder comme diamétralement opposées ou irrationnelles. Ces indications sont les suivantes :

1° La diminution du nombre des globules du sang nécessite l'administration des préparations ferrugineuses qui en augmentent très-notablement la quantité, sans faire aucunement varier celle de la fibrine. (Andral. Mémoire cité, p. 102, colon. 2.)

2° La congestion exige, à ses moindres degrés, le déplacement du courant du sang, c'est-à-dire sa dérivation par les rubéfiants et les excitants locaux appliqués loin du centre de fluxion.

3° L'augmentation de la quantité de la fibro-albumine, et sa tendance à l'exsudation, réclame l'emploi des anti-plastiques, qui ne diminuent en rien le nombre des globules et parmi lesquels les mercuriaux occupent le premier rang. (Voir mon ouvrage cité, p. 39.)

Ce sont ces trois indications qu'il faut remplir dans les cas d'amaurose ou d'amblyopie amaurotiques chlorotiques, compliquées de congestions ou de sub-inflammations oculaires internes, en graduant les moyens d'après les différents degrés de la maladie, et d'après la constitution et les forces des malades.

Lorsque les symptômes de complication irritative surgissent sous nos yeux ou qu'ils se présentent à nous tout formés, nous ne cessons pas d'ordinaire le traitement de la chlorose; les préparations de fer, comme nous venons de le dire, n'agissant que sur les globules, sans augmenter la quantité de la fibro-albumine; nous le continuons, au contraire, presque sans modification, en diminuant tout au plus la dose des ferrugineux, comme irritants, si les symptômes d'excitation locale augmentent ou ne diminuent pas. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous suspendons l'usage du fer, quand son action irritante semble augmenter la congestion ou la sub-inflammation.

Dans l'amaurose chlorotique simple, qui ne présente que les symptômes ordinaires de l'amaurose asthénique, joints à ceux de la chlorose, nous n'ajoutons guère au traitement anti-chlorotique que les moyens excitants locaux appliqués près de l'œil malade. Pour faire bien ressortir la différence de traitement exigée par la complication irritative, et pour contribuer en quelque chose à la thérapeutique de la chlorose et de l'amaurose chlorotique simple, qui a beaucoup attiré l'attention des praticiens dans ces derniers temps, nous demandons à nos lecteurs la permission d'exposer d'abord le traitement que nous opposons d'ordinaire à ces deux maladies dont nous avons vu et guéri un nombre assez considérable pour nous permettre d'avoir une opinion à nous, autant sur la maladie que sur ses moyens curatifs.

La chlorose étant due à une hématose vicieuse, et se caractérisant autant dans les symptômes qu'elle présente que dans les résultats de l'analyse chimique, par une diminution de la quantité du principe colorant (globules, globuline), dans la composition duquel le fer entre directement, ce médicament est l'agent thérapeutique principal, de l'aveu des médecins de tous les temps et de toutes les écoles, quand il s'agit de combattre cette maladie. Nous nous servons de préférence du sous-carbonate de fer, presque toujours en poudre, plus rarement en pilules, et cela seulement quand l'estomac capricieux des malades ou leur goût l'exige. Nous faisons prendre ces poudres d'ordinaire à la dose de 50 centigrammes; mais, quelquefois, lorsqu'il y a une grande sensibilité de l'estomac et des intestins, à la dose de 20

à 30 centigrammes seulement, trois fois par jour, une heure environ avant les repas, dans une petite quantité d'eau sucrée, aromatisée avec quelques gouttes d'eau de fleur d'oranger, ou dans une cuillerée de confitures, avec addition de 5 à 6 centigrammes de poudre de cannelle. Nous augmentons progressivement la dose jusqu'au double et même au delà, s'il y a tolérance, et nous continuons jusqu'à ce que les symptômes de chlorose aient cessé. Rarement il nous est arrivé de n'avoir pu continuer l'usage de ces préparations à cause de l'intolérance de l'estomac ou de leur insuffisance. Dans ce dernier cas, nous y avons substitué avec succès le sulfate de fer, pris deux à trois fois par jour, à la dose de 5 à 15 centigrammes en pilule, avec un extrait amer et une petite quantité de poudre de cannelle ou de gingembre. Dans le premier cas, au contraire, soit que l'intolérance du tube intestinal, pour la forme du médicament, ne se soit montrée que pendant le traitement par de la pesanteur et de la pression à l'épigastre, ou même par un peu de douleur, ou par la constipation, soit que le tempérament très-délicat et nerveux de l'individu nous ait fait adopter de prime abord une autre préparation, nous employons la limaille de fer à la dose de 25 à 50 centigrammes et davantage; le malate de fer, le sirop de citrate de fer, et, dans les cas exceptionnels d'une grande sensibilité de l'estomac, accompagnée d'une excitabilité particulière de tout le système nerveux, la teinture éthérée d'hydro-chlorate de fer (teinture tonico-nervine de Bestucheff). Mais nous avons eu rarement recours à ces dernières préparations.

Nous n'avons jamais eu besoin d'une autre préparation ferrugineuse ni d'une préparation spéciale, comme celle des pilules de Blaud ou de Valette, et nous ne concevons pas comment des médecins rationnels peuvent se servir, dans une maladie quelconque, de la même préparation, indifféremment pour tous les âges, toutes les constitutions de l'individu et pour toutes les formes et les complications de la maladie. Nous regardons l'emploi des moyens composés sous tel et tel nom et d'après une formule toujours identique, contre une maladie variable dans ses formes, comme irrationnel et abusif, dangereux même, et capable d'être exploité par le charlatanisme. L'usage de moyens composés, introduits dans la pratique sous un nom propre d'inventeur, nous apparaît comme la mauvaise queue du système physiologique exclusif, et comme un reliquat de ce temps où la thérapeutique, par suite de la domination exclusive de la méthode anti-phlogistique, était tombée si bas, qu'un moyen proposé contre telle ou telle maladie ne pouvait se présenter sous le titre de l'indication rationnelle, mais seulement sous le nom de son auteur. Ceci cependant n'est point du tout dit pour déprécier le mérite des pilules susmentionnées, ou des médecins qui les ont formulées les premiers; elles sont certainement excellentes et guérissent la chlorose aussi bien que les autres préparations ferrugineuses, mais je nie seulement qu'elles guérissent mieux et qu'on ait besoin d'y recourir toujours, sans avoir auparavant employé les autres préparations plus simples et plus rationnelles.

La chlorose est le plus souvent, presque toujours, accompagnée de dysménorrhée ou d'aménorrhée. Il est de la plus haute importance de bien distinguer ici deux espèces de chlorose. La *première* a lieu chez les jeunes filles vers l'âge ou à l'âge de la puberté, avant que les menstrues aient paru. Elle n'est que le symptôme d'une débilité générale constitutionnelle, ou due à des causes accidentelles qui arrêtent le développement de l'organisme. Le système utérin participant à cet arrêt de développement, la menstruation ne s'établit pas tant que la vitalité générale n'a pas atteint son degré normal. Toute médication emménagogue est inutile et nuisible ici; les moyens violents, héroïques, stimulants, autant que les émissions sanguines employées pour remplacer l'écoulement menstruel, sont contraires au but qu'on se propose, détruisent la santé et doivent faire place à la méthode tonique qui convient seule, et remplit toutes les indications.

La *seconde espèce* de chlorose survient après l'âge de puberté, quelquefois même très tard. La menstruation, plus ou moins régulièrement établie, se supprime en tout ou en partie, tantôt par suite de causes accidentelles, qui en même temps dépriment la vitalité, altèrent l'hématose, amènent la chlorose ou contribuent à sa production, tantôt par suite de la chlorose même. Dans cette dernière espèce, les emménagogues sont indiqués comme des auxiliaires rationnels et fort utiles.

La complication de congestion cérébro-oculaire a surtout lieu quand cet état de dysménorrhée ou d'aménorrhée est bien marqué, particulièrement sur des individus qui, avant la maladie, ont été doués d'une bonne santé, d'une constitution robuste et d'une certaine prédominance du système vasculaire (tempérament sanguin, pléthore ou hyperémie), et de menstrues abondantes.

Parmi les emménagogues, nous donnons la préférence à la gomme ammoniaque, à l'aloès et à la sabine que nous associons aux ferrugineux. La gomme ammoniaque, qui n'irrite ni les intestins ni le système vasculaire, et qui n'exerce qu'une action doucement stimulante et régulatrice sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire, toujours plus ou moins dérangé dans la chlorose, et sur celles de l'utérus et du tube intestinal, peut être employée à peu près indifféremment dans tous les cas de dysménorrhée. L'aloès ne doit être prescrit qu'à très-petite dose non purgative, car dès qu'il agit trop énergiquement sur la muqueuse intes-

tinale, il perd son action spéciale sur les vaisseaux utérins. La gomme ammoniaque, les gommes férulacées en général, et l'aloès, ont aussi le grand avantage de contrebalancer l'action généralement astringente du fer sur les intestins, laquelle provoque quelquefois une constipation opiniâtre, capable d'augmenter la congestion cérébro-oculaire. On peut, ou les combiner au fer, selon la formule n° 1, ou les donner alternativement avec ce médicament, selon la formule n° 2, qui nous a rendu de très-grands services, autant ici que dans les dysménorrhées non accompagnées de chlorose. Il est bien entendu que ces formules ne peuvent être proposées d'une manière générale et doivent être modifiées selon la constitution, l'âge et les autres circonstances. Les malades prendront de cette manière de 30 centigrammes à 1 gramme 1/2 de gomme ammoniaque, et de 4 à 20 centigrammes d'aloès par jour.

N° 1. Prenez : gomme ammoniaque } ana 4
sous-carbonate de fer } gram.
aloès succotrin, 50 c. à 1 gr.
sirop.

F. S. A. 50 pilules.

En prendre deux à trois fois par jour, deux à six, une heure environ avant le repas, en augmentant rapidement la dose, s'il y a tolérance.

Il est rare qu'on ait besoin, dans des cas de dysménorrhée et de constipation opiniâtre, de porter la dose de l'aloès au delà d'un gramme, jusqu'à 150 centigrammes ou 2 grammes.

N° 2. Prenez : gomme ammoniaque, 8 gram.
aloès succotrin, 50 c. à 1 gr.
sirop, quantité suffisante.

F. S. A. 50 pilules.

En prendre trois à six chaque matin à jeun, et dans la journée, deux ou trois des poudres de sous-carbonate de fer, à deux ou trois heures d'intervalle, et une heure environ avant le repas.

Le sagapénum et l'assa-fétida ne nous semblant pas doués de vertus emménagogues supérieures à celles de la gomme ammoniaque, et ayant un goût extrêmement désagréable, que celle-ci n'a point, nous les réservons plus particulièrement, à cause de leur action calmante et régulière plus prononcée sur le système nerveux ganglionnaire et utérin, aux névroses de ces systèmes (hystérie). Ces névroses compliquent assez souvent la chlorose, et alors nous associons également aux moyens déjà mentionnés les anti-spasmodiques ou anti-hystériques, tels que la valériane, le castoréum, en infusion ou en teinture, surtout en teinture éthérée, et les excitants diffusibles, tels que l'éther, surtout l'éther acétique, l'éther alcoolisé, la liqueur d'Hoffmann, etc. Ces moyens doivent être employés surtout dans les intervalles des accès nerveux; dans les paroxysmes même, l'assa-fétida (2 à 4 grammes, suspendus à l'aide d'un jaune d'œuf) et la racine de valériane (2 à 4 grammes en infusion), administrés en quart de lavement, sont surtout utiles. Il est important d'attaquer, dès qu'ils se montrent, les symptômes hystériques par les moyens auxiliaires, et sans cesser l'emploi des ferrugineux et des emménagogues. Si on les tolère, trop long-temps, la réaction du système nerveux sur le système sanguin augmente la chlorose et la dysménorrhée, et les rend plus opiniâtres et plus difficiles à guérir. Elles peuvent faciliter la production de l'amaurose chlorotique, surtout si les malades sont sujets à des névralgies des nerfs oculaires.

Après avoir exposé le traitement de la chlorose et de l'amaurose chlorotique en général, expliqué la coexistence de cette dernière avec l'irritation congestive ou sub-inflammatoire des membranes oculaires internes, et posé les indications pour le traitement rationnel de cette complication, il nous reste à en exposer les symptômes et les moyens par lesquels ces indications doivent être remplies.

Les symptômes de cette complication, disons-le de suite, ne se trouvent pas toujours aussi complètement réunis; il peut en manquer un nombre plus ou moins grand, sans que pour cela le diagnostic devienne incertain. Tantôt il n'y a qu'une congestion dans les membranes internes, surtout dans la choroïde; tantôt il y a un commencement d'inflammation, et même une véritable rétinité chronique. Il est difficile, dans ces cas, de toujours bien tracer des limites entre la phlegmasie commençante et la simple congestion : la première succède presque toujours, à un certain degré, à la dernière, après une durée un peu longue. Une légère exsudation s'établit alors entre ces deux membranes, et la rétine surtout peut se désorganiser rapidement. Qu'on se rappelle seulement le résultat de l'autopsie rapportée dans la première partie de ce mémoire, et l'on conviendra facilement qu'en pareil cas le praticien fera toujours mieux d'admettre l'existence d'une sub-inflammation, avec tendance à l'exsudation, et d'employer les anti-plastiques propres à la prévenir, et surtout les mercuriaux.

Les malades accusent des douleurs de tête plus ou moins fixes, qui se localisent le plus souvent dans le front, les tempes et au pourtour de l'orbite, et s'étendent ordinairement à l'œil, dans lequel ils éprouvent alors une sensation de tension. Une lumière un peu vive leur est très sensible, quelquefois même intolérable. Ils voient des corpuscules tantôt noirâtres, tantôt vivement colorés, voltiger devant leurs yeux, et au crépuscule ou dans l'obscurité, ils ont des apparitions d'étincelles ou de traînées lumineuses. L'iris est bombé en avant, la chambre

antérieure étroite, et la pupille, au début de la complication oculaire au moins, plus ou moins étroite et resserrée. Les malades voient beaucoup mieux à un jour modéré qu'à la lumière vive. La vision, plus ou moins troublée, est souvent encore parfaitement bonne à une demi-obscurité. Des bouffées de chaleur montent de temps à autre à la figure ; souvent des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des engourdissements dans les extrémités, et d'autres symptômes de congestion cérébrale, viennent se joindre aux signes déjà mentionnés. Les caractères généraux de la marche de la chlorose ne sont en rien modifiés par la complication. Un point d'irritation spinale peut quelquefois venir se surajouter aux autres phénomènes.

Il sera bon de dire qu'on observe beaucoup plus souvent la complication irritative chez des individus ayant passé l'âge de la puberté, et dont la menstruation, déjà établie, s'est dérangée ou supprimée, que chez de jeunes filles non encore réglées, et dont la chlorose n'est que le symptôme d'un développement incomplet de toute l'économie. Les malades sont de préférence des personnes qui ont un état sédentaire, fatigant pour les yeux, et une constitution sanguine. Les presbytes forcés de travailler sur de petits objets y sont particulièrement exposés.

Traçons de suite le traitement qui convient à cette période de la maladie. Il consiste, comme nous l'avons dit : 1° à détourner le courant du sang de l'organe affecté ; 2° à diminuer avec beaucoup de mesure la quantité de ce liquide ; 3° à en amoindrir la plasticité, c'est-à-dire à corriger la disposition de la fibro-albumine à se séparer par l'exsudation, sans négliger cependant d'augmenter la quantité des globules du sang et de relever l'état des forces par les ferrugineux. Une *quatrième indication* se présente vers le déclin de la maladie, celle des révulsifs plus énergiques et plus rapprochés de l'organe malade qui font la transition à la méthode excitante. Il est très-important de ne point augmenter la débilité générale par un traitement anti-phlogistique hors de proportion avec l'état d'irritation locale. Par cette raison, on devra toujours insister beaucoup sur la *première indication*, celle des dérivatifs et des répercussifs, et la remplir le plus tôt possible. Des bains de pieds et de jambes irritants, des ventouses sèches, au nombre de dix à vingt, appliquées journellement ou tous les deux jours aux extrémités inférieures et à la région lombaire, des sinapismes promenés, et des frictions sèches pratiquées aux mêmes régions ; des bains de siége et des demi-bains un peu chauds, et pendant l'usage de tous ces moyens, des fomentations d'eau de plus en plus froide sur le front, les tempes, les régions sous-orbitaires, les paupières fermées, parviennent souvent à enrayer dans sa marche et même quelquefois à guérir la complication, si dès son début on est appelé à la combattre, et qu'on la trouve encore à l'état de simple congestion. A ces moyens on peut ajouter, dans tous les cas, l'emploi des purgatifs doux qui, tout en faisant une dérivation active et salutaire sur la muqueuse intestinale, peu sensible, soutirent à l'économie une grande quantité de liquide incolore, et peuvent être regardés, sous un certain rapport, comme des émissions d'un sang blanc privé de sa globuline. Ils ont donc presque tous les avantages d'une saignée dérivative, sans diminuer en rien la quantité des globules déjà amoindrie dans la chlorose. On les emploiera cependant avec précaution, et, dans les cas de dyspepsie, on les évitera entièrement ou on ne les emploiera que dans les cas d'urgence. Si les symptômes de la photophobie et de la photopsie sont bien marqués, on fera toujours bien d'ajouter à ces moyens des frictions de 25 centigrammes environ d'extrait de belladone sans fécule, pratiquées sur le front, les tempes et les régions sous-orbitaires, trois à six fois par jour, dans le but de faire cesser l'éréthisme nerveux de la rétine. Si ces moyens diminuent les symptômes, sans les faire cesser entièrement, on associera à la belladone la même quantité d'onguent napolitain pour remplir la *troisième indication*, celle de prévenir des exsudations qui ne tardent pas à avoir lieu, quand un pareil état d'irritation continue dans des membranes aussi délicates. On peut associer à ces moyens des vésicatoires volants, promenés à la nuque et derrière les oreilles, si on ne juge pas une émission sanguine nécessaire, ou si on la craint à raison de la constitution du malade et d'une asthénie trop grande. Mais, en général, on fera bien d'ajourner l'usage de ces contre-irritants, tant qu'on n'aura pas rempli la deuxième indication ; car il n'est pas rare de les voir produire une exaspération dans les symptômes locaux.

Deuxième indication. — Si les symptômes de congestion persistent ou augmentent, et surtout si avec cela la dysménorrhée est bien caractérisée ou s'il y a aménorrhée, il ne faut pas tarder à avoir recours à des émissions sanguines, graduées le plus exactement possible sur le degré de l'irritation locale, et sur la constitution, les forces et l'âge de la malade. Ici il est impossible de tracer des règles, de donner une mesure générale ; tout praticien saura apprécier ces circonstances. Nous commençons d'ordinaire par une application de quatre à huit sangsues aux parties sexuelles ou aux cuisses, que nous tâchons de rapprocher le plus possible de l'époque menstruelle. Au besoin, nous y faisons succéder une nouvelle application de quatre à six de ces annélides au devant de l'oreille ou à l'apophyse mastoïde, du côté de l'œil le plus affecté. D'autres fois, ce sont des ventouses scarifiées, au nombre de six à dix, que nous faisons appliquer à la face interne des cuisses ou à la nuque et aux

apophyses mastoïdes. Rarement nous poussons plus loin l'antiphlogose, et, en général, nous conseillons de l'employer avec la plus grande précaution. Il vaut mieux revenir, à plusieurs reprises, à de petites émissions sanguines que d'en faire de fortes et de hardies. On se tromperait si on pensait pouvoir juguler la complication ; on ferait plutôt passer l'amblyopie ou l'amaurose à l'état asthénique, si difficilement curable.

Troisième indication. — On fera bien, dès qu'on arrivera au traitement anti-phlogistique, d'y associer, comme une partie intégrante très-essentielle, l'usage des frictions mercurielles déjà indiquées, mais plus abondantes que dans l'irritation moins bien dessinée (2 à 4 grammes par jour, en cessant aux premiers signes précurseurs de la salivation), pour diminuer localement la plasticité du sang et sa tendance à l'exsudation fibro-albumineuse. On pourrait même, si la complication ne cédait pas promptement, substituer chaque soir pendant quelques jours à la préparation ferrugineuse 5 centigrammes de calomel à la vapeur, ou 10 à 15 centigrammes de pilules bleues de la pharmacopée d'Edimbourg, tout en donnant le matin une dose de fer; car, en général, il convient de continuer l'usage des ferrugineux pendant que l'on combat la complication locale. En cessant sans motifs suffisants le traitement général de la chlorose, on affaiblirait l'économie et on favoriserait le passage de l'amblyopie ou de l'amaurose à l'état asthénique. Ce n'est que dans le cas d'une congestion oculaire bien violente, d'une rétinite bien caractérisée, ou d'une action excitante évidemment exercée par le fer sur tout le système vasculaire, et sur celui de l'œil en particulier, qu'il convient de suspendre l'usage des ferrugineux jusqu'à ce que la violence de la maladie locale soit diminuée.

Quatrième indication.—Quand, par suite de ce traitement, l'irritation locale est arrivée à son déclin, où elle tend presque toujours, plus ou moins, à un état d'asthénie, on promènera avec le plus grand avantage des vésicatoires volants à la nuque, derrière les oreilles, et finalement sur le front et les tempes.

On y associera plus tard, quand tous les symptômes d'irritation auront disparu, et s'il reste de la faiblesse dans la vision, les frictions excitantes d'alcool, d'éther, de baume de Fioraventi, d'ammoniaque, de teinture de strychnine, etc., selon les circonstances.

On n'en continuera pas moins l'usage des dérivatifs rubéfiants aux parties inférieures, et, tant que la photophobie persistera, celui des frictions d'onguent mercuriel belladoné, en évitant soigneusement les prodromes de la salivation. Les purgatifs aussi peuvent encore être employés de temps à autre en observant attentivement la tolérance gastro-intestinale; leur abus pourrait devenir très-préjudiciable en augmentant la dyspepsie et le dérangement de la nutrition. Il faudrait bien se garder pendant tout ce traitement d'accorder aux malades du vin ou du café, ou de leur faire observer un régime trop nutritif et animalisé qui aurait des inconvénients bien plus graves que l'usage des ferrugineux, l'action de ces stimulants ne se bornant pas, comme celle du fer, à l'augmentation de la partie colorante du sang, mais excitant la totalité du système vasculaire et du sang lui-même. La continuation de l'usage des emménagogues, tels que la gomme ammoniaque, l'aloès, etc., etc., est non seulement utile, mais nécessaire. L'emploi des anti-spasmodiques et anti-hystériques est rarement indiqué; ce sont moins les individus nerveux que ceux doués d'une constitution sanguine que frappe d'ordinaire la complication irritative.

Quelles que soient les difficultés du traitement de l'amaurose chlorotique compliquée, nous avons toujours réussi à la guérir, quand nous l'avons rencontrée dans la période où ses symptômes locaux conservent leur caractère hypersthénique dans toute sa pureté. Ces difficultés augmentent d'une manière souvent fatale, lorsque, avec un état chlorotique et asthénique général très-prononcé, coexiste une véritable phlogose intense et invétérée des membranes oculaires internes avec tendance à la désorganisation, ou lorsque, après une durée plus ou moins longue, la maladie locale passe à l'état asthénique ou organique, en conservant néanmoins un nombre plus ou moins grand de symptômes irritatifs.

Nous traitons en ce moment une dame d'une trentaine d'années, chlorotique, et d'une constitution affaiblie, mais autrefois robuste et sanguine, chez laquelle existe depuis plusieurs années une choroïdite véritable, chronique, actuellement accompagnée d'une distension et d'une coloration bleuâtre de la partie antérieure de la sclérotique; chez cette dame, tout ce que nous ferons ne pourra probablement pas empêcher la formation d'un staphylôme du corps ciliaire ; et, quant à l'état chlorotique, il n'a pu être modifié notablement jusqu'ici, une ancienne irritation de la matrice s'opposant selon l'opinion de la malade et de son médecin ordinaire à l'emploi des ferrugineux, moyens qui m'ont cependant réussi dans plusieurs cas semblables sans aggraver la maladie utérine. J'ai également eu le chagrin de ne pouvoir guérir complétement une jeune fille d'une vingtaine d'années, bien constituée et sanguine avant la maladie, mais affectée depuis quatre ans de chlorose légère et de dysménorrhée accompagnées d'amblyopie congestive déjà parvenue dans l'un des yeux à l'état d'amaurose peut-être organique. Tous les traitements continués avec une patience et une persévérance rares n'ont amené chez cette malheureuse, digne d'un meilleur sort,

qu'une amélioration pour les deux yeux, permettant à la malade de se conduire de l'œil autrefois amaurotique, et de faire un gros travail de l'autre œil. Les symptômes locaux sont un mélange de ceux de l'asthénie et de l'irritation; ce qui, joint à la longue durée de la maladie contre laquelle ont été mal à propos employés dans le début les excitants et les révulsifs énergiques, ne me permet point de douter d'un commencement d'altération organique de la rétine, opinion qui sera motivée par ce qui va être dit dans les pages suivantes.

Nous avons encore quelques observations à présenter sur la marche de l'amaurose chlorotique compliquée.

Dans le début, l'amaurose chlorotique peut être simplement accompagnée de douleurs névralgiques dans les régions voisines de l'œil, n'exigeant pour tout traitement que quelques calmants et narcotiques, tels que des frictions avec le laudanum, la teinture de stramonium, l'extrait de belladone, ou l'usage interne de petites doses de préparations opiacées ou d'extrait d'aconit, etc., associées aux ferrugineux. Mais ces névralgies doivent être bien surveillées et arrêtées le plus tôt possible dans leur marche, surtout si l'irritation qu'elles causent menace de se propager au nerf optique et à la rétine, dans laquelle elle peut donner lieu à une congestion ou à une inflammation.

Dès que l'irritation nerveuse dans la rétine persiste et menace d'envahir le système sanguin de cette membrane, ou qu'elle existe sur un individu d'une constitution pléthorique, il est important d'ajouter aux calmants les révulsifs rubéfiants ci-dessus exposés, et surtout les ventouses sèches appliquées aux extrémités inférieures et à la région lombaire.

Lorsque la complication congestive ou sub-inflammatoire n'est pas combattue convenablement, elle ne manque pas de passer à l'état asthénique ou organique. Dans la plupart des cas où elle semble devenir asthénique, il se forme probablement des altérations semblables à celles décrites dans la première partie de ce travail. Il faut donc alors bien saisir les symptômes hypersthéniques qui, en persistant, dénotent presque toujours un travail sub-inflammatoire chronique, et leur opposer les mercuriaux à petites doses, les révulsifs, et au besoin, même l'emploi très-mesuré de petites émissions sanguines, surtout par les ventouses scarifiées qui, en même temps, font une révulsion utile. Ce n'est qu'après la disparition complète des symptômes irritatifs qu'on peut passer aux moyens excitants, tels que les vésicatoires volants, promenés sur le front et les temps, et, plus tard, la strychnine, employée par la méthode endermique ou à l'intérieur.

On devra, dans ce cas, user de la plus grande prudence, ces moyens ramenant souvent l'état d'irritation et de congestion. Arrivée à cette période, la maladie reste malheureusement le plus souvent incurable; l'exsudation et les autres altérations organiques dans la rétine étant trop avancées; ou au moins son traitement est hérissé de difficultés; les moyens irritants donnant facilement lieu à de nouvelles congestions, et les anti-phlogistiques augmentant la débilité générale et les symptômes asthéniques locaux. C'est à cette époque de la maladie que les révulsifs énergiques, tels que le séton appliqué à la nuque, les cautères posés aux fossettes occipitales, et l'ustion du sinciput et des autres parties du crâne sont surtout indiqués.

Un nombre de cas cités par les auteurs comme n'étant que des amauroses chlorotiques simples, comme par exemple le deuxième cas de M. Cunier (*Annales d'oculistique*, t. II, p. 179), me semblent être, au contraire, des cas d'amauroses chlorotiques, compliquées d'irritation et passées à l'état asthénique ou organique. Bien que j'aie déjà signalé cette complication irritative en 1837, aucun auteur n'en a parlé depuis. M. Cunier, sans la signaler expressément, semble cependant l'admettre; car, dans plusieurs cas d'amaurose chlorotique qu'il cite, il joint à son traitement extrêmement rationnel de la chlorose les émissions sanguines mesurées et les révulsifs rubéfiants. (P. 182 et 184.) M. Ashwell, dans son mémoire sur la chlorose et ses complications (*Gazette médicale*, 1838, n° 22 et 23), ne rapporte aucune observation d'amaurose, et, en s'occupant des complications de la chlorose avec des maladies cérébrales, se rattache plutôt au siége de ces affections accessoires dans le cerveau qu'à leur nature hypersthénique ou autre; mais il reconnaît assez explicitement la possibilité de cette complication hypersthénique, en prescrivant un traitement anti-phlogistique assez énergique, et en donnant des observations détaillées d'inflammation dans d'autres organes que l'encéphale, accompagnant la chlorose et combattues avec succès par le traitement anti-phlogistique. Nous avons déjà dit que MM. Andral et Piorry, ainsi que d'autres auteurs, admettent des complications inflammatoires dans la chlorose, et la nécessité de les combattre par le traitement anti-phlogistique. Les règles posées par nous assurent le succès de ce traitement, en permettant de ménager le sang, peu riche et peu abondant dans ces maladies, et en suppléant à la quantité des émissions sanguines par les révulsifs et les anti-plastiques.

Le traitement que nous venons d'esquisser pour l'amaurose chlorotique compliquée de congestion ou d'inflammation peut, en général, s'appliquer à toutes les affections asthéniques accompagnées de maladies hypersthéniques. C'est ainsi que, dans le cas

du malheureux jeune homme rapporté dans la première partie de ce mémoire, nous aurions été forcé d'avoir recours, contre l'amaurose, à un traitement local modérément anti-phlogistique, si nous avions réussi à combattre l'asthénie générale et profonde. Si cette hypersthénie est vraiment inflammatoire, et a son siége dans un organe beaucoup plus volumineux que le globe oculaire, et capable de recevoir une masse de sang considérable, les émissions sanguines doivent être plus hardies, surtout si le malade est d'une constitution pléthorique. On fait bien alors de suspendre pendant quelque temps ce traitement par les ferrugineux, particulièrement quand l'inflammation siége dans les poumons, organes que l'on sait être fort faciles à irriter par l'usage des préparations martiales. Une fois l'inflammation combattue, on reprend le traitement par les toniques, par les préparations de fer et par tous les moyens capables de ramener la nutrition et l'hématose à leur état normal.

Il y a un état sub-chlorotique compliqué de congestion cérébro-oculaire légère, mais chronique, atteignant surtout certains individus d'une constitution lymphatico-sanguine, peu et irrégulièrement menstrués; cet état se prolonge fort long-temps après le développement de la puberté, et ne cesse d'ordinaire qu'après le mariage, à moins que ces personnes n'aient une rare persévérance dans l'emploi des moyens prescrits. Elles sont affligées de sensibilité morbide pour l'impression de la lumière, d'inflammation chronique de la conjonctive, accompagnée souvent d'un léger état granulé de cette membrane, d'une difficulté de travailler quelque temps de suite, et d'une augmentation périodique de tous ces symptômes vers l'époque menstruelle et après l'action de tout ce qui peut porter le sang à la tête. Cette affection, que j'ai eu souvent occasion d'observer, doit être traitée comme un léger degré d'amaurose chlorotique compliquée de congestion; mais l'élément sanguin prédominant ici sur l'élément anémique, les émissions sanguines, les révulsifs et les emménagogues peuvent, au moins dans la plupart des cas, être employés plus largement que les toniques et les ferrugineux. Le plus souvent les moyens anti-lymphatiques doivent faire partie du traitement comme dans les cas de chlorose simple affectant des individus d'une constitution scrofuleuse. C'est ici que la combinaison du fer avec les préparations de baryte et d'iode, etc., convient particulièrement.

Nous n'avons parlé en général que des personnes du sexe comme étant affectées de l'amaurose chlorotique; nous ne l'avons pas observée chez des hommes, bien que nous sachions que quelquefois, par exception, ils peuvent être affectés de chlorose, maladie qui chez eux cependant est dans la grande majorité des cas une simple variété de l'anémie, c'est-à-dire une maladie due plutôt à des causes accidentelles, telles que des pertes de sang ou d'autres liquides, qu'à des causes constitutionnelles. Si quelques médecins distingués sont d'une opinion opposée, nous citerons, à l'appui de la nôtre, le passage suivant du mémoire de M. Ashwell (p. 342, col. 2) : « Les garçons délicats et faibles ne « sont pas, il est vrai, entièrement à l'abri « d'une sorte de chlorose, c'est-à-dire de « cette affection constitutionnelle qui est ac- « compagnée de pâleur et d'un état exsangue « et d'impuissance de l'organisme. Cet état « cependant est si rare dans le sexe mâle « que, quand il se rencontre, on s'alarme, « et l'on craint, avec fondement, une phthi- « sie.... Souvent, à l'aide de ces précautions « hygiéniques, on conjure l'orage et l'on « passe heureusement l'époque critique de « la puberté. »

Il n'entre pas dans notre sujet de faire de plus amples recherches sur ce dernier point.

Il ressort de tout ce que nous venons de dire que nous ne partageons nullement l'ancienne opinion sur les *inflammations asthéniques*. Nous pensons que, sauf les différences qu'elle présente à ses divers degrés, la phlegmasie est toujours identique quant à sa nature, et qu'elle exige toujours le même traitement. Ce traitement variera seulement selon les causes et le plus ou moins d'intensité de l'inflammation, et la prédominence de l'un de ses caractères pathognomiques, et selon sa complication avec une asthénie générale ou locale ou avec un autre état morbide.

SICHEL, *d.-m.*

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phthisie pulmonaire faites dans le service de M. le professeur Andral, par Jules Fournet, interne des hôpitaux de Paris.

Ouvrage couronné au concours des hôpitaux de Paris, année 1837.

Laënnec et M. Fournet partent, pour examiner la curabilité de la phthisie, de deux points absolument opposés. Laënnec pense que, les tubercules crus n'admettant que le ramollissement et la suppuration, cette affection, à son début, ne peut pas être guérie, tandis qu'à sa troisième période elle est susceptible de guérison par le moyen de la cicatrisation des cavernes. M. Fournet, au contraire, est d'avis que la phthisie n'offre des conditions favorables à la thérapeutique que dans la première période, et que, lorsque le travail de suppuration a commencé, les chances heureuses diminuent considérablement.

L'opinion de Laënnec, relative à la guérison de la troisième période de la phthisie,

est, comme on sait, établie sur des recherches d'anatomie pathologique. Il a regardé comme des traces de cicatrisation des cavernes certains froncements, certaines lames fibreuses que l'on rencontre fréquemment au sommet des poumons. Ce jugement de l'illustre inventeur de l'auscultation peut être soumis à deux épreuves, l'une anatomique, l'autre symptomatologique. L'épreuve anatomique est discutée avec beaucoup de soin par M. Fournet, qui établit qu'on se rend bien mieux compte de l'état des parties en y reconnaissant le résultat de pleurésies partielles, qu'en y supposant l'adhésion et la cicatrisation des parois muqueuses d'une caverne.

Quant à l'épreuve symptomatologique, elle est décidément défavorable; car, s'il est vrai qu'il soit très-rare de constater sur un homme vivant la guérison de la phthisie à la troisième période, il ne peut pas être vrai, comme le prétend Laënnec, que les cavernes arrivent souvent à la cicatrisation. Ces deux propositions s'excluent.

Etant reconnu que la phthisie n'est que par exception curable à la troisième période, est-on fondé à dire avec M. Fournet qu'elle l'est beaucoup davantage à la première? Sans doute, des lésions plus récentes, moins graves, dans une constitution moins altérée, paraissent plus susceptibles de guérison. Ce raisonnement, si naturel, est juste dans une foule de cas sans l'être dans tous; la lésion caractéristique de la variole, de la fièvre typhoïde est incurable à son début, et elle commence à admettre la guérison, seulement quand le travail pathologique s'est, pour ainsi dire, épuisé. C'est donc aux faits qu'il faut s'adresser pour juger la question de la curabilité de la phthisie à la première période. Or, l'anatomie pathologique, en nous faisant voir des tubercules en voie d'absorption, et la symptomatologie, en nous montrant des malades chez qui les premiers symptômes de la phthisie, loin d'avancer, rétrogradent, nous prouvent également que les chances sont notablement meilleures à la première période qu'à celle où les tubercules suppurent. Ceci vaut certainement la peine que je m'y arrête plus long-temps et que j'emprunte à M. Fournet les détails démonstratifs de ces deux propositions.

Preuves anatomiques de la guérison de la 1re période.—Chez les individus phthisiques au premier degré qui ont succombé à toute autre affection que la phthisie, dit M. Fournet, p. 934, les poumons, quant à la question qui nous occupe, présentent les apparences suivantes :

1° Dans le plus grand nombre d'entre eux, des tubercules crus et frais, c'est-à-dire non desséchés, sont déposés çà et là au milieu du tissu pulmonaire peu ou point altéré ;

2° Quand les tubercules sont réunis en groupes, que ces groupes sont nombreux, et que la date en paraît être plus ancienne, le tissu pulmonaire, qui environne chacun de ces groupes, est bien manifestement comme infiltré d'un liquide séro-sanguinolent demi-concret ;

3° Si ces groupes de tubercules peu nombreux ou ces tubercules épars sont trouvés chez un sujet qui, depuis long-temps, n'avait donné aucun symptôme de phthisie, que l'on n'avait aucune raison de croire phthisique, et chez lequel, selon toute apparence, l'éruption de tubercules que l'on observe avait une date déjà un peu ancienne, le tissu pulmonaire contre lequel appuient les tubercules représente une substance pâle, un peu dure, légèrement saillante au-dessus de la surface de la coupe, et dont la densité, assez marquée tout autour des tubercules, diminue graduellement à mesure qu'on s'en éloigne et cesse à quelques lignes de là;

4° Chez d'autres malades cette couche de tissu pulmonaire, circonvoisin aux tubercules, est trouvée plus dense, plus dure : les petits rameaux bronchiques qui y pénètrent sont rétrécis ou entièrement oblitérés;

5° L'épaisseur de cette couche de tissu pulmonaire induré est ordinairement proportionnelle au nombre des tubercules qu'elle circonscrit, au degré de densité, c'est-à-dire d'ancienneté qu'elle a acquis;

6° Si, en même temps qu'on fait les remarques précédentes sur le tissu pulmonaire circonvoisin aux tubercules, on examine ceux-ci, on voit que la matière qui les forme, d'humide, graisseuse et résistante qu'elle était dans le tissu pulmonaire sain, est un peu desséchée, à peine graisseuse et comme un peu friable quand le tissu cellulaire qui l'entoure a subi les premiers degrés des changements qui viennent d'être indiqués;

7° De la sorte, chez d'autres malades, l'ensemble des changements décrits présente les caractères suivants : couche plus ou moins épaisse de tissu pulmonaire transformée en une masse dure; dans l'épaisseur de cette masse, des noyaux plus ou moins régulièrement arrondis de matière sèche, friable, *plâtreuse*, d'un blanc sale qui s'écrase facilement sous le doigt, en formant une sorte de pâte sèche, mais qui renferme encore assez de matière animale pour communiquer au doigt un reste d'onctuosité; oblitération des rameaux bronchiques au niveau de l'induration fibreuse;

8° On trouve quelquefois chez le même malade, au milieu d'une masse d'induration fibreuse ou de plusieurs de ces masses éparses dans différents points du sommet des poumons, plusieurs noyaux de matière plâtreuse, dont les uns sont assez volumineux et encore incomplètement desséchés, dont les autres, très-petits, sont tout-à-fait réduits en une substance crayeuse. Il en est de tellement petits qu'ils égalent à peine le volume d'une petite tête d'épingle, et qu'ils marquent à peine au milieu de la masse de tissu fibreux qui les environne; il faut quelquefois

couper dans bien des sens cette masse pour rencontrer ce dernier reste de substance tuberculeuse devenue plâtreuse ou crayeuse. Enfin, chez d'autres malades, quelquefois chez le même, on voit, à côté des altérations précédentes, une masse de tissu fibreux qui ne renferme plus rien dans son intérieur; tantôt ce tissu est tout-à-fait homogène, tantôt on trouve à son centre, ou dans quelque autre point de son épaisseur, une très-petite fronçure qui semble témoigner de l'accomplissement tout récent encore de la période précédente;

9° Les masses fibreuses qui ont servi à envelopper la matière tuberculeuse et à en favoriser les transformations successives paraissent susceptibles, après l'entière disparition de la matière tuberculeuse, de disparaître elles-mêmes insensiblement par voie de résorption.

M. Fournet dit, en parlant du dépôt de sérosité plastique autour des tubercules, et de la couche fibreuse qui en résulte, que ces deux productions peuvent être considérées comme des efforts tentés par la nature pour la guérison de la maladie. Cette expression, qui n'est peut-être qu'une habitude de langage, appartient à une hypothèse sujette à beaucoup d'objections. Si la nature tente un effort pour la guérison des tubercules, pourquoi n'en tente-t-elle pas pour prévenir la formation de ces produits morbides? Pourquoi, dans l'inoculation de la rage, de la variole, d'une substance septique, n'empêche-t-elle pas, par un isolement très-facile, le développement de la maladie, et préfère-t-elle susciter dans l'économie les plus effroyables désordres ordinairement terminés par la mort? Dans la double série de faits contradictoires, les uns favorables, les autres défavorables à l'hypothèse de la nature médicatrice, il faut se garder de ne voir qu'un côté des choses, et admettre que dans les phénomènes pathologiques la nature n'est ni bienveillante ni malfaisante, et qu'elle est réglée par des rapports nécessaires qui déterminent tantôt des effets heureux, tantôt des effets mauvais. Les conditions de coexistence donnent, ce me semble, une idée bien plus juste de ces phénomènes que les causes finales.

Preuve symptomatologique de la guérison de la première période de phthisie. — « Parmi les malades atteints de phthisie à la première période, que j'ai eu occasion de traiter dans la salle que M. Andral avait confiée à mes soins, dit M. Fournet, p. 887, nous avons vu la maladie suspendre sa marche chez quelques-uns d'entre eux, si bien qu'au moment de leur sortie ils étaient presque méconnaissables; cependant le traitement auquel ils étaient soumis était bien simple, et on est bien loin de pouvoir mettre en œuvre dans un hôpital tous les moyens hygiéniques dont on dispose dans la pratique de la ville, chez les malades de la classe aisée ou de la classe riche. Pour m'assurer de la réalité de la suspension de la maladie, il m'arrivait quelquefois, dans la belle saison, de garder long-temps quelques-uns de nos malades; et, pendant ce temps de calme, de repos, de nourriture assez bonne, de promenades dans les cours et dans les jardins, de sommeil libre et suffisant, leur santé gagnait chaque jour; cependant un grand nombre d'entre eux, en hiver surtout, semblaient, au bout de peu de temps, être arrêtés dans leur convalescence et ressentir une mauvaise influence de la vie recluse à laquelle ils étaient condamnés, et de l'air peu sain qu'ils respiraient. Chez plusieurs, cette fâcheuse influence se faisait sentir peu de jours après leur entrée. Si, en sortant de l'hôpital, ils allaient prendre quelque repos à la campagne, leurs forces et leur santé revenaient presque complètement; mais alors *ils se croyaient guéris*, ils rentraient à Paris, reprenaient leurs travaux, leur vie passée, quelquefois même vivaient moins bien, travaillaient davantage, pour regagner les dépenses faites et le temps perdu, et, au bout d'un temps plus ou moins long, ils revenaient à l'hôpital; souvent nous les retrouvions dans nos salles, parce qu'ils avaient demandé à rentrer dans le service où déjà ils avaient été soulagés; mais la maladie avait fait des progrès. Ainsi, les phthisiques au premier degré peuvent voir leur santé se rétablir presque complètement; mais les rechutes sont faciles, pour peu qu'ils s'écartent des soins sous l'influence desquels s'est effectué leur retour à la santé. En effet, l'anatomie pathologique nous prouve de la manière la plus évidente que le danger de la phthisie vient beaucoup moins de la présence de quelques corps étrangers dans les poumons que de la disposition générale et toute particulière qui a produit ces corps étrangers. Cette disposition morbide est une source à laquelle la maladie peut à chaque instant se raviver, et elle est facilement fécondée par les conditions anti-hygiéniques dans lesquelles on laisse retomber le malade et que l'on ne neutralise par aucun moyen. S'il est vrai que cette funeste disposition ne puisse être entièrement détruite, au moins empêchons-en la fécondation; alors les tubercules restés dans le poumon n'y produiront pas plus d'accident qu'un simple corps étranger engagé depuis plus ou moins long-temps chez un individu sain, dans l'épaisseur du tissu pulmonaire; comme les masses crétacées que l'on y rencontre quelquefois; comme la balle de mousquet, entourée d'un kyste accidentel, que Bayle trouva un jour au milieu du poumon parfaitement sain d'un individu qui, pendant sa vie, n'avait accusé aucun symptôme du côté de l'appareil respiratoire, et qui jouissait habituellement d'une bonne santé. Qu'on parvienne à arrêter dans ses effets cette fâcheuse prédisposition générale, et le malade qui avait quelques tubercules dans les

poumons rentrera dans le cas du sujet de Bayle ou des sujets dont les poumons renferment quelques concrétions calculeuses. »

M. Fournet entend, on le voit, substituer à la théorie de Laënnec une théorie toute différente, à la cicatrisation des cavernes la guérison des tubercules encore récents, crus et discrets. Les conséquences ne sont pas moins opposées. Si, d'après la théorie de Laënnec, il fallait surtout porter les efforts thérapeutiques sur la troisième période où naturellement un travail de curation était possible ou probable, d'après la théorie de M. Fournet, il faut surtout porter ces efforts sur la première période qui, seule, est dans des conditions propres à donner une proportion plus encourageante de succès.

La thérapeutique, en tant surtout qu'elle comprend l'hygiène, n'est nullement dénuée de ressources qui lui permettent, soit de ralentir le travail désorganisateur, soit d'empêcher de nouveaux dépôts de matière tuberculeuse dans les poumons, et de donner ainsi à l'économie les moyens de rendre inoffensive celle qui a déjà été déposée. Voici, d'après M. Fournet, le résumé des indications à remplir :

1° Empêcher, chez les enfants, le développement de la *prédisposition originelle*, en écartant des parens les causes capables d'amener à leur suite la phthisie accidentelle, ou de provoquer le développement de la phthisie héréditaire ;

2° Prévenir le développement de la *prédisposition acquise*, en éloignant des individus les circonstances anti-hygiéniques susceptibles d'amener cette prédisposition à la phthisie ;

3° Quand une fois la prédisposition à la phthisie, soit originelle, soit acquise, est développée, empêcher que le travail de tuberculisation ne s'effectue et ne se localise dans les poumons, en combattant les troubles de la nutrition qui déterminent et entretiennent ce travail, en même temps qu'on éloigne du malade les causes existantes locales qui ont pour effet de fixer ce mouvement morbide sur les organes pulmonaires ;

4° Lorsque déjà la phthisie pulmonaire est effectuée, prévenir, par l'ensemble des moyens précédents, la formation de nouveaux tubercules, et maintenir ainsi la maladie dans ses premières limites de développement et de gravité ;

5° S'il est possible, la faire rétrograder, en déterminant, par toute autre voie que celle du ramollissement, la disparition des tubercules déjà formés ;

6° Enfin, dans les cas où la guérison absolue n'est pas possible, se rendre maître autant qu'il se peut de la marche de la maladie, en écartant toutes les causes capables d'en favoriser ou d'en accélérer le développement naturel, et en entourant le malade de tous les soins qui peuvent rendre son affection stationnaire ;

7° Par là, améliorer les conditions sanitaires des individus et de la société tout entière.

Par ces derniers mots, M. Fournet a indiqué, et il indique également dans plusieurs endroits de son livre, une voie dans laquelle on ne peut trop engager les médecins à entrer. Il s'agit, en effet, de faire servir les connaissances particulières dont ils usent dans le traitement des maladies des individus, à améliorer l'état physique et par conséquent moral de telles ou telles fractions notables de la population générale. Une sorte d'hygiène, que faute de mieux j'appellerai sociale, ressortira de ces recherches. Prenons pour exemple la phthisie, dont M. Fournet s'est occupé. N'est-il pas évident que la société devra éviter de placer les hommes dans les circonstances où naît la phthisie ? N'est-il pas évident encore que les individus qui y sont prédisposés, soit par l'hérédité, soit par leur constitution, devront être éloignés des professions qui aggraveraient ces prédispositions ? Nous sommes, sans doute, bien loin de voir introduire, dans la règle politique, de pareilles considérations. Mais le plus sûr moyen pour les médecins de faire sentir en grand leur utilité et leur influence, est de développer cette partie de leurs études. Un jour, la direction des sociétés appartiendra à la science ; et, dans cette science, la médecine tiendra une place importante. La meilleure preuve que j'en donnerai, c'est qu'il m'a été possible, à propos de phthisie, de rappeler de pareilles questions.

Les indications thérapeutiques énumérées plus haut seront remplies sous les deux conditions suivantes : 1° connaissance du diagnostic de la première période de la phthisie ; 2° connaissance des causes qui favorisent la naissance de cette maladie.

Le diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire repose essentiellement sur certains signes locaux, et subsidiairement sur les signes anamnestiques et sur les symptômes généraux. A cette première période appartiennent :

1° Dans le bruit *inspiratoire*, une augmentation d'intensité qui est assez constante et qui croît dans un rapport assez exactement proportionnel à l'altération physique de l'organe ; une diminution de durée qui a lieu en même temps que l'augmentation d'intensité, mais qui est moins constante et moins prononcée ; de la sécheresse, de la dureté, de la rudesse ;

2° Dans le bruit *expiratoire*, une augmentation qui porte à la fois sur son intensité et sur sa durée, et dont l'accroissement indique assez les progrès de l'affection ; de la sécheresse, de la dureté, de la rudesse.

3° Dans le timbre des bruits respiratoires, des altérations qui absorbent les altérations précédentes et qui font passer le souffle naturel de l'inspiration ou de l'expiration au timbre résonnant, puis soufflant, puis bronchique. Les modifications subies par le tim-

bre des bruits respiratoires ont pour caractère constant d'apparaître d'abord à l'expiration, et de ne s'étendre que plus tard à l'inspiration;

4° Le froissement pulmonaire;

5° Le craquement sec;

6° Le craquement humide;

7° La résonnance plus grande de la voix et de la toux du côté affecté;

Ce sont là les signes locaux essentiels sans lesquels on peut soupçonner, mais non diagnostiquer une phthisie à la première période. Comme ils ne se présentent pas toujours réunis de la manière la plus favorable au diagnostic, comme ils sont quelquefois masqués par des symptômes étrangers, il faut y joindre :

8° Les antécédents du malade, à savoir : s'il a, par ses parents ou par lui-même, une prédisposition à la phthisie, ou s'il a été soumis à des influences qui peuvent la faire naître;

9° Les signes généraux dont M. Fournet a donné un excellent tableau.

A la catégorie des renseignements tirés des antécédents, j'ajouterai une remarque relative à l'hérédité considérée non plus dans la ligne descendante, mais dans la ligne ascendante. Le plus souvent la phthisie du père ou de la mère donne des craintes sur la santé des enfants, et doit, par conséquent, compter comme élément du diagnostic. Dans des cas beaucoup plus rares, la phthisie des enfants peut fournir une indication diagnostique pour la santé des parents. Supposons un père ou une mère dont la poitrine excite des appréhensions chez le médecin; supposons encore qu'un ou plusieurs enfants de la famille succombent à une phthisie indépendante de toute influence anti-hygiénique; il est évident que, dans le jugement que l'on portera sur l'état de celui des deux parents qui est menacé, il faudra faire entrer en ligne de compte cette phthisie développée spontanément chez les enfants.

A diverses reprises, M. Fournet fait remarquer que le diagnostic de la première période reposant sur des nuances délicates, puisqu'il s'agit d'une affection qui n'a encore produit que des lésions légères, a besoin d'être établi sur la comparaison et la coordination des signes, tant locaux que généraux et anamnestiques. Cette remarque, très-juste, s'applique au diagnostic de toutes les maladies, du moment qu'elles prennent ces formes ambiguës qui les rendent difficiles à reconnaître.

Chacun de ces signes, dont je ne fais qu'énoncer ici la dénomination, a besoin d'être étudié et médité avec une attention soutenue, si l'on veut en tirer les avantages certains qui en découlent abondamment. Pour tout cela je renvoie au livre de M. Fournet; je me contenterai d'indiquer au lecteur un moyen ingénieux, signalé par M. Fournet, de se familiariser avec ces signes; c'est de suivre, sur un poumon déjà reconnu incontestablement tuberculeux au sommet, les progrès que le mal fait dans le reste de l'organe. On voit apparaître successivement les signes dont il s'agit, et dont le caractère tuberculeux ne peut dès lors être mis en doute.

La phthisie, on le sait, se divise en héréditaire et en acquise. C'est dans la phthisie acquise que l'on peut étudier la nature des causes efficientes; et plus la constitution de l'homme devenu phthisique aura été robuste, plus les actions malfaisantes se manifesteront clairement aux yeux de l'observateur. Beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit d'habitude, des individus très-vigoureux deviennent victimes de cette affection, qu'à tort on regarde comme menaçant exclusivement certaines natures, prédestinées à une fin cruelle et prématurée. M. Fournet en a rapporté plusieurs exemples très-bien choisis : on y voit des personnes n'ayant, par leurs parents, aucune prédisposition à la phthisie, douées d'une forte constitution, quelques-unes possédant une organisation athlétique; qui, restant plus ou moins long-temps soumises à des influences anti-hygiéniques, perdent les priviléges de leur heureuse nature et sont enlevées par la dégénération tuberculeuse.

M. Fournet résume ainsi ses recherches sur cet objet : « En somme, l'influence prolongée d'un travail excessif, de la privation du sommeil, d'une alimentation malsaine et insuffisante, de l'habitation dans un espace étroit, de la respiration d'un air vicié, d'une vie trop sédentaire, des passions tristes portées à un haut degré, des excès vénériens et alcooliques poussés très-loin, peut, à elle seule, développer la cachexie tuberculeuse, et par suite la phthisie pulmonaire, chez un individu qui n'y était nullement prédisposé. Cette influence se fait sentir d'autant plus rapidement que les circonstances précédentes sont plus nombreuses et plus prononcées. Une seule de ces conditions anti-hygiéniques, par exemple l'habitation dans un espace étroit, dans un lieu froid et humide, où l'air est mal renouvelé, où le soleil pénètre difficilement, où le malade passe une grande partie de sa vie, suffit à développer la phthisie pulmonaire. La grande activité de l'une de ces funestes conditions anti-hygiéniques peut produire les mêmes résultats que plusieurs d'entre elles réunies. La longue durée d'action de quelqu'une de ces circonstances peut également, même si l'on en suppose l'action très-faible, entraîner à la longue les mêmes désordres; mais la gravité de ces désordres, et la rapidité de leur développement, le caractère aigu et grave de la phthisie acquise sous ces influences sont en raison directe de leur nombre, de leur activité et de leur durée d'action. Si l'on constate, chez un malade soupçonné de phthisie, l'existence antécédente de quelques-unes de ces conditions anti-hygiéniques, le diagnostic que cette circonstance autorise est d'autant plus certain ou plus probable, que ces con-

ditions anti-hygiéniques ont été plus nombreuses, que l'influence s'en est exercée plus long-temps et à un degré plus élevé.

La certitude du diagnostic devient complète, s'il existe un rapport exact entre les époques où ces influences anti-hygiéniques se sont exercées, et l'époque où ont apparu les symptômes qui autorisent le soupçon de phthisie pulmonaire (p. 481). » Telles sont les influences auxquelles M. Fournet rattache le développement de la phthisie acquise. Ce ne sont pas sans doute les seules. On voit en effet la tuberculisation des poumons s'opérer sous l'action d'une maladie chronique étrangère aux poumons; mais elles n'en sont pas moins suffisantes pour éclairer la thérapeutique de la phthisie.

M. Fournet se propose de poursuivre et de développer ses recherches sur cette affection. A cet effet, il a entrepris de soumettre à l'expérience l'action que les Eaux-Bonnes (Pyrénées) exercent sur la phthisie. Propriétés thérapeutiques des Eaux-Bonnes, surtout dans la phthisie pulmonaire tuberculeuse; examen très-circonstancié des malades avant l'administration des eaux, modifications survenues pendant cette administration; état des malades peu après, et correspondance avec leurs médecins pour apprécier les effets consécutifs et définitifs; application spéciale de ce mode de faire au premier degré de la tuberculisation pulmonaire et à la période de simple prédisposition; mode d'administration le plus convenable de ces eaux, dose, durée d'emploi; influences hygiéniques circum-agissantes, dont l'étude est du plus grand intérêt pour la classe de malades qui se rend aux Eaux-Bonnes: tels sont les objets dont M. Fournet a commencé l'investigation sur les lieux, et dont il a le projet de continuer l'examen. Cette mission scientifique, qu'il ne tient que de son zèle, est certainement importante; et il est fâcheux que l'autorité supérieure n'ait à y donner ni attention ni protection.

L'anatomie pathologique a été souvent considérée comme une étude pleine de découragemenl, qui, en mettant au jour la gravité des lésions, ôtait à la thérapeutique toute espérance d'y remédier.

Pour moi, elle s'est souvent présentée à mon esprit sous un tout autre point de vue. Sans doute, quand les destructions ont fait de grands progrès, il devient impossible de sauver le malade; mais en même temps, par là même, on comprend combien l'organisation vivante est instable et susceptible d'obéir aux forces qui la sollicitent. Aux yeux du vulgaire, l'être vivant, l'homme, paraît un corps compacte, indépendant, et, à part les nécessités de se nourrir et de respirer, affranchi d'entraves. Mais aux yeux du médecin il n'en est rien; ce corps, qui semble si robuste et si allègre, il sait qu'il suffit de le mettre dans certaines conditions pour que les gencives deviennent fongueuses, les jambes ulcérées, le sang fluide et tout prêt à s'échapper par les moindres ouvertures, en un mot, pour que le scorbut paraisse; il sait encore qu'en réunissant les influences malfaisantes de l'entassement, il fera naître le typhus, la fièvre des prisons, des hôpitaux, etc. L'anatomie pathologique, par la grandeur même des lésions qu'elle révèle, prouve la docilité du corps vivant à céder aux actions funestes ou favorables qui s'exercent sur lui; et, pour me borner à mon sujet, s'il est possible, à l'aide d'une alimentation malsaine et insuffisante, de la privation d'un air pur et d'autres conditions anti-hygiéniques, de créer, dans le poumon, des tubercules et des cavernes, n'est-on pas en droit de penser que l'économie, obéissant à ces influences mauvaises, ne le sera pas moins à de bonnes influences, et que, par un régime opposé, on pourra prévenir d'aussi cruelles désorganisations?

Le livre de M. Fournet, qui abonde en détails divers et en discussions intéressantes, roule, en définitive (et certes ce n'est pas un blâme que j'en fais), sur une seule idée et le corollaire qui en découle, à savoir, que la phthisie est bien moins susceptible de guérison à la dernière période qu'à la première, et qu'il existe des signes valables à l'aide desquels on peut, dans la plupart des cas, distinguer cette première période. Ceux qui, convaincus de la première proposition, voudront s'instruire à fond dans la seconde, feront avec fruit l'étude de l'ouvrage de M. Fournet.

E. Littré, de l'Institut.

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

Sur les engorgements syphilitiqnes consécutifs des testicules, par Philippe Boyer.

Ce mémoire est une sorte de supplément au *Traité des maladies syphilitiques* publié par l'auteur en 1836. Il est divisé en deux parties: la première contient ce qui a rapport aux engorgements syphilitiques consécutifs de testicule; la seconde renferme des observations.

Dans la première partie, M. P. Boyer insiste longuement sur la fatale erreur de diagnostic qui a porté les chirurgiens les plus distingués, tels que Dupuytren, M. Roux, à extirper, comme cancéreux ou tuberculeux, des testicules simplement engorgés. Il publie six observations à l'appui de cette assertion, très-supposable d'ailleurs. La pierre de touche de la nature syphilitique de ces engorgements était l'invasion successive des deux testicules. Or, le cancer peut bien attaquer simultanément les organes pairs; mais il ne les attaque jamais successivement. L'auteur s'efforce d'éclairer ce point de doctrine par des descriptions comparatives des maladies qu'on pourrait con-

fondre avec les engorgements vénériens. Nous n'y voyons rien qui n'ait été indiqué par les auteurs. Une condition qu'il ajoute a plus de force que toutes les autres, c'est que, dans les cas douteux, il faut joindre aux signes physiques une expérience et un coup d'œil qu'il ne peut malheureusement transmettre au lecteur par des paroles. Encore, sur quatorze observations qu'il rapporte, s'en trouve-t-il deux où il avoue modestement qu'il s'est lui-même trompé.

Comme le traitement que M. P. Boyer oppose aux engorgements vénériens consécutifs est l'onguent mercuriel en frictions à doses très-énergiques, il est cependant important aussi de ne pas prendre un cancer pour un engorgement syphilitique; car il s'ensuivrait des douleurs atroces et une terminaison promptement fatale. Il faut donc, dans les cas douteux, commencer par des doses très-minimes d'onguent napolitain; les augmenter, si l'on obtient de l'amélioration, ce qui, ordinairement, ne se fait pas long-temps attendre dans les cas de syphilis constitutionnelle; les cesser de suite, au contraire, si le mercure réveille les douleurs.

Voici quelles sont les règles d'après lesquelles agit M. P. Boyer, lorsqu'il a bien constaté un cas d'engorgement syphilitique du testicule. Il frictionne chaque jour le testicule avec 60 ou 80 centigrammes d'onguent mercuriel, et il applique par dessus un cataplasme fait avec une forte décoction de racine de guimauve, de tête de pavots et la farine récente de graine de lin. Il trouve que ce cataplasme est plus émollient que tout autre et conserve mieux son humidité onctueuse. Il fait tous les trois jours alternativement sur les jambes et les cuisses une friction avec l'onguent mercuriel à la dose de 2 grammes pour les huit premières frictions; 4 grammes pour les huit suivantes; 6 pour les huit suivantes et 8 grammes pour toutes les autres. Le malade prend le plus de bains possible, au moins un après quatre frictions. Il doit porter pendant quinze jours le même caleçon qui se trouve ainsi imprégné d'onguent mercuriel. M. P. Boyer pousse la dose du traitement complet à 150, 200, 250 grammes, et plus, d'onguent mercuriel, et il n'en résulte aucun inconvénient quand le traitement est bien conduit. On donne en même temps de la tisane de salsepareille avec le sirop sudorifique.

Revue des journaux étrangers.

Traitement du strabisme par la myotomie.

Lorsque Stromeyer et Dieffenbach proposèrent de traiter le strabisme par la myotomie, M. Busse se montra peu favorable à cette nouvelle méthode. Il craignait que la section d'un muscle ne laissât son antagoniste entraîner l'œil, et qu'ainsi le patient ne gagnât à être opéré que de loucher en dehors si auparavant il louchait en dedans, *et vice versa*. Il supposait le procédé opératoire difficile et douloureux; il redoutait la lésion de quelque nerf, l'inflammation, la suppuration, les infiltrations dans le tissu cellulaire de l'orbite, etc. L'expérience lui a démontré que ses craintes étaient mal fondées, et il en fait l'aveu avec une candeur d'autant plus méritoire qu'elle se rencontre plus rarement. Il rapporte quelques-unes des guérisons obtenues sous ses yeux par Dieffenbach. La première est celle d'une jeune fille de 18 ans, dont l'œil gauche était tellement dévié en dedans que le bord interne de la cornée se cachait derrière la caroncule lacrymale. Quoique la vision fût très-affaiblie dans l'œil malade, néanmoins, quand on fermait l'autre, il semblait se redresser et suivait dans toutes les directions les objets placés à portée sans les distinguer nettement, à moins qu'ils fussent volumineux : voici en quelques mots le procédé opératoire suivi par Dieffenbach.

Le malade est placé, en face du jour, sur une chaise ordinaire; un aide placé derrière lui relève et maintient la paupière supérieure avec un crochet en fil d'argent; un autre, agenouillé devant lui, fixe la paupière inférieure avec un double crochet en acier porté sur un manche semblable à celui d'une aiguille à cataracte. L'œil est entraîné en dehors (s'il s'agit du strabisme convergent) au moyen d'un crochet aigu; un second crochet est enfoncé tout près du premier, et c'est entre les deux que l'opérateur incise de haut en bas la conjonctive ainsi tendue, de telle sorte que la caroncule lacrymale occupe à peu près le milieu de l'incision. (Nos lecteurs voudront bien nous pardonner de n'être pas plus clair : nous traduisons littéralement.) Après avoir divisé le tissu cellulaire, et mis le muscle à découvert, on le saisit avec un crochet mousse, en arrière de l'épanouissement de son tendon dans la sclérotique; on le divise, et à l'instant même l'œil dévié reprend sa place. L'opération est à peine sanglante, très-peu douloureuse, et les soins les plus simples suffisent pour prévenir tout accident consécutif. Sur 350 malades, un seul, à cause de sa grande irritabilité, a éprouvé quelques symptômes réactionnaires assez graves pour exiger un traitement sérieux.

L'œil opéré conserve toute sa mobilité; cependant il est impossible, pendant les premiers jours, de le diriger fortement en dedans; mais cette faculté ne tarde pas à se rétablir. M. Busse se demande comment il se fait que, le muscle droit interne étant coupé, le droit externe n'entraîne pas invinciblement l'œil en dehors. Ce n'est point le grand oblique qui balance son action; car, dans certains cas de strabisme très-prononcé, la section du droit interne ayant été insuffisante pour permettre à l'œil de reprendre sa position normale, Dieffenbach a divisé le grand

oblique ou même en a enlevé une partie, et les choses ne s'en sont pas moins passées comme il vient d'être dit. Dans une autre circonstance, il fallut inciser fortement la conjonctive en haut et en bas, et même en exciser une portion pour que l'œil pût revenir à sa direction naturelle.

Il arrive assez fréquemment que le strabisme affecte les deux yeux, quoique l'un des deux soit beaucoup plus dévié que l'autre. On opère alors celui dont la déviation est la plus marquée; l'œil opéré se porte un peu trop en dehors, puis il revient par degrés, et les deux axes visuels restent légèrement convergents, mais pas assez pour troubler la vision ou pour constituer une difformité.

Quand le strabisme est très-prononcé, la pupille de l'œil malade est ordinairement dilatée et la vision plus ou moins indistincte. Après l'opération, quand les phénomènes réactionnaires sont dissipés et que la sugillation de la conjonctive a disparu, la pupille reprend ses dimensions normales, et la vision s'exerce parfaitement soit avec l'un ou l'autre des deux yeux, soit avec les deux ensemble.

A la suite de l'opération, on observe quelquefois un ramollissement de la conjonctive ou un léger boursouflement, près du point d'attache du muscle divisé. L'emploi des astringents, l'excision de la petite tumeur, etc., obvient à ces inconvénients qui, d'ordinaire, ne se reproduisent pas.

(*Medizinische Zeitung.*)

De la saignée dans le delirium tremens.

Un ivrogne tombe de dessus sa charrette, la roue lui fait une large plaie au genou. La déchirure de deux rameaux artériels donne lieu à une hémorrhagie qui, mal arrêtée d'abord, se renouvelle au bout de quelques heures, détermine des sueurs froides, des syncopes, et nécessite la ligature. Malgré cette perte abondante de sang, le malade ne tarde pas à être pris de *delirium tremens*, et guérit par l'emploi de l'opium associé au calomel. Le docteur Wittcke, qui rapporte ce fait, l'oppose, non sans raison, aux théoriciens qui ne combattent le *delirium tremens* que par le traitement antiphlogistique.

(*Ibid.*)

Surdité causée par le sulfate de quinine.

Dans un de nos précédents numéros, nous avons rapporté l'opinion d'un médecin anglais qui accuse le sulfate de quinine de produire la surdité. Voici ce que nous écrit à ce sujet un de nos collaborateurs. « Les médecins bretons font au sulfate de quinine le même reproche que l'auteur anglais que vous citez. Je regardai tout d'abord cette croyance comme un préjugé populaire qui, peu à peu, s'était infiltré jusque parmi les hommes de la science. Je me croyais autorisé à penser ainsi parce que, ayant assisté en 1827, en Bresse, à une épidémie de fièvre intermittente, et ayant administré le sulfate de quinine à plusieurs centaines d'individus, la plupart très-disposés à calomnier un remède alors nouveau, je n'avais jamais rien entendu dire de semblable. Dans les premières années de mon séjour en Bretagne, je n'ai point observé la surdité dont il est question, bien que j'aie eu d'assez nombreuses occasions de prescrire le sulfate de quinine. Je le donnais à la dose de 8, 10, rarement 12 grains, ainsi que je l'avais pratiqué en Bresse. Plus tard, je me suis laissé aller, à l'imitation de mes confrères, et dans la conviction où j'étais de la parfaite innocuité du remède, à en porter la dose à 20 et même 25 grains. Dès lors j'ai observé plus d'une fois des tintements d'oreille et un affaiblissement marqué de l'ouïe. Je suis revenu depuis à mes anciennes habitudes, et je n'ai plus été témoin de ces phénomènes, peu importants d'ailleurs, car ils se dissipent d'eux-mêmes assez promptement, dès qu'on a cessé d'employer le sulfate de quinine. »

De l'absence de l'albumine dans l'hydropisie scarlatineuse; par le docteur Philipp, de Berlin.

Il a régné l'été dernier dans la capitale de la Prusse une épidémie de scarlatine qui a offert les particularités suivantes : « Tous les individus qui n'ont pas succombé dans les douze premiers jours à une affection cérébrale ou au croup ont été pris, après un temps variable, d'accidents hydropiques se rattachant évidemment à l'épidémie régnante. Dans 60 cas au moins, et à plusieurs reprises, M. Philipp a examiné les urines en les chauffant et en y ajoutant de l'acide nitrique, et dans aucun cas il n'a découvert d'albumine. Les médecins anglais Snow et Bright étaient, au contraire, arrivés à un résultat tout opposé dans les épidémies de Londres. Est-ce à cette circonstance qu'il faut attribuer la mortalité beaucoup plus grande dans les hydropisies scarlatineuses observées à Londres que dans celles de Berlin? M. Philipp dit, au moins, n'avoir pas perdu un seul malade. Il faut aussi remarquer, en passant, que la maladie de Bright est tout anglaise, tandis qu'en Prusse elle n'a été observée qu'une fois en deux ans.

(*Wochenscrift fur die gesammte Heilkunde*, publié par Casper.)

De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ; par le docteur Ecclenburg, de Berlin.

Une jeune fille de 17 ans, à la suite de soins donnés à un nourrisson atteint d'ophthalmie purulente, fut prise elle-même de la même affection; malgré un traitement sévère, elle avait perdu l'œil en moins de quatre jours par rupture de la cornée, et l'on eut même beaucoup de mal à préserver du même sort l'autre œil qui fut également affecté quelques jours plus tard. La mère de l'enfant qui a infecté la jeune fille avait une blennorrhée; cette circonstance, M. Ecclenburg dit n'avoir jamais manqué de l'observer en même temps que l'ophthalmie purulente chez un nouveau-né. Il donne pour précepte de ne pas perdre le temps avec le froid, les astringents et autres moyens analogues, mais de recourir promptement aux antiphlogistiques les plus énergiques. Un autre enseignement ressort de cette observation; c'est qu'une ophthalmie purulente, en apparence bénigne chez un nouveau-né, peut donner naissance chez un adulte à une ophthalmie extrêmement grave.

(*Ibid.*)

Persistance du trou de Botal, par le docteur Grœtzner, de Breslau.

Chez une jeune fille de 14 ans, les premiers symptômes de la cyanose commencèrent à se montrer; la mort les suivit de près, et à l'autopsie, on trouva une large ouverture à la cloison inter-ventriculaire et le trou de Botal conservé, ainsi que le canal artériel. (*Ibid.*)

Observations de névrosmes, par le docteur Ruhbaum, à Rathenow.

Le docteur Aronssohn, de Strasbourg, a donné le premier une description bien exacte de ces tumeurs, qui ne se voient qu'assez rarement. Les trois observations suivantes, quoique peu complètes, suffiront pour en rappeler les principaux caractères.

Obs. I. — Un paysan, âgé de 50 ans, portait depuis quinze mois, sur l'omoplate droite, une tumeur de la grosseur d'un haricot, et d'une sensibilité telle que le simple contact des habits y causait des douleurs brûlantes. Elle offrait un aspect bleuâtre et paraissait siéger uniquement dans la peau de l'acromion. Après l'extirpation, elle présenta une consistance lardacée granuleuse; la loupe y fit voir des vaisseaux, mais pas de nerfs. La plaie guérit par suppuration, et elle n'avait point reparu huit ans après.

Obs. II. — Chez une paysanne de 30 ans, il survint, sur les derniers mois de sa grossesse, à la partie moyenne et interne de la cuisse droite, une tumeur cutanée très-sensible au plus léger contact, beaucoup moins à une pression forte. Elle avait l'étendue d'une petite épingle, était dure, incolore et mobile. L'extirpation la montra formée par l'endurcissement du névrilemme d'un filet du nerf cutané postérieur, dont le tronc paraissait sain d'ailleurs. La tumeur ne s'était pas reproduite cinq ans après.

Obs. III. — Un homme de 58 ans portait depuis onze ans, dans la peau de la région lombaire droite, une petite tumeur très-douloureuse. La tumeur extirpée, on la trouva formée à l'intérieur d'une masse médullaire molle et rougeâtre, parcourue par deux filets nerveux. Les moignons de ces deux petits nerfs se voyaient très-bien à l'angle supérieur de la plaie et se faisaient encore mieux sentir au plus léger attouchement. La cautérisation les trouva, au contraire, insensibles. Le malade guérit bien, du reste. (*Ibid.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 22 décembre.)

M. Londe présente, au nom d'un médecin, une observation d'hydropisie enkystée qui a duré seize ans, et pour laquelle on a pratiqué plus de huit cents ponctions. La malade a fini par guérir.

M. Rochoux dit qu'il a observé à Bicêtre, la semaine dernière, un fait très-intéressant quoiqu'il ne soit pas unique. Un des jours les plus froids de la semaine, un aliéné de Bicêtre se trouvant dans la salle d'admission dont le poêle en fonte était chauffé jusqu'au rouge, profita du moment où les infirmiers étaient occupés, pour appliquer sa tête contre le fer rouge et ses bras au milieu du brasier intérieur. L'odeur qui s'échappa alors attira les personnes voisines qui accoururent et éprouvèrent les plus grandes peines à retirer ce malheureux. Quant à lui, indifférent à ce qui se passait, il ne témoignait aucune douleur, aucune souffrance, et certes, jamais sensibilité ne fut plus complètement éteinte. Les bras étaient brûlés jusqu'aux os.

Nomination du bureau pour 1841.

90 Bulletins ; Majorité, 46 voix.

MM.	Roux.	61 voix
	Fouquier.	16
	Bailly.	4
	Virey.	1
	Larrey.	2
	Heller.	1
	Duval.	1
	Dubois.	2

M. Roux est nommé président; M. Fouquier, vice-président; et M. Gérardin est maintenu comme secrétaire annuel.

(Séance du 29 décembre.)

Cette séance est en grande partie consacrée à la formation des bureaux pour l'année 1841.

(Séance du 5 janvier 1841.)

Présidence de M. Roux.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Roux prend la parole pour remercier l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en lui confiant la présidence pour l'année 1841.

Diverses opérations de chirurgie, présentées par M. Bouillet, de Saintes; M. Velpeau, rapporteur.

Les observations dont M. Velpeau a donné l'analyse sont au nombre de cinq.

Obs. I. — Une femme portait sur la paupière supérieure une tumeur cancéreuse ulcérée. Après l'extirpation, il restait une vaste perte de substance que M. Bouillet songea à combler par un lambeau de peau pris à la tempe. L'opération réussit.

M. le rapporteur trouve dans l'observation de M. Bouillet plusieurs assertions hasardées. Ainsi l'opérateur dit, d'une part, avoir enlevé le muscle droit supérieur et droit interne de l'œil, et de l'autre avoir vu, après l'opération, tous les mouvements de l'œil se rétablir.

Obs. II. — Une femme déjà sous le coup de la cachexie cancéreuse était affectée d'un cancer du rectum; quoique le cancer remontât à quatre pouces dans l'intestin, et malgré l'état général, M. Bouillet tenta l'extirpation du mal, et réussit. Il a pu, en suivant avec attention les phénomènes de cicatrisation, s'assurer que les téguments remontaient vers le bout de l'intestin, qui lui-même descendait vers la peau.

Obs. III. — Extirpation de la mâchoire supérieure et de l'amygdale correspondante, faite à une jeune fille de quinze ans qui succomba.

Obs. IV. — Extirpation d'une parotide cancéreuse chez un militaire qui a parfaitement guéri.

M. Velpeau croit qu'il s'agissait là de ganglions parotidiens dégénérés, et non de la parotide elle-même.

Obs. V. — Il s'agit d'un cancer fort étendu de la région parotidienne, auriculaire, et dont l'extirpation commencée ne peut être achevée. Le mal continua à s'accroître et emporta bientôt le malade.

M. le rapporteur pense que, dans des cas de cancers aussi étendus et surtout aussi mal limités, il y a témérité à entreprendre des opérations qu'on n'est jamais sûr de terminer.

Conclusions. Adresser une lettre de remercîmens à l'auteur et insérer en tout ou en partie ses observations dans le bulletin de l'Académie. (Adopté.)

(Séance du 12 janvier.)

Décoction de suie dans le catarrhe vésical, par M. Gigouin. (Rapport de M. Civial.)

Le travail de M. Gigouin contient plusieurs observations desquelles il résulte que cette préparation aurait d'excellents effets dans le catarrhe de la vessie. Le rapporteur a dans sa pratique expérimenté ce médicament et il n'en a pas retiré de bons résultats. Il a vu une fois succéder à son emploi une éruption assez douloureuse aux parties génitales d'une femme. Les premières injections qu'il a faites ont presque toujours augmenté ou réveillé des douleurs qui ne se calmaient qu'au bout de quelques jours. Ayant fait analyser la suie, il a vu que la composition de cette substance était très-variable et ne pouvait dès lors donner aucun résultat fixe; il pense donc que l'emploi de la suie dans le catarrhe de la vessie ne présente aucun avantage sur les moyens déjà connus et que quelquefois il peut être dangereux.

Il propose de remercier l'auteur et de faire le dépôt de son travail aux archives.

M. Pelletier s'étonne que l'analyse chimique n'ait pu signaler dans la suite la créosote qui s'y trouve toujours; peut-être que cette dernière substance qui est si puissante pourrait expliquer quelques-uns des résultats de l'emploi de la suie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

De l'identité de la variole et de la vaccine; par M. Helm. (Rapport de M. Gauthier de Claubry.)

Plusieurs médecins ont déjà cherché à résoudre cette question par la voie expérimentale; ils ont obtenu des résultats contradictoires. M. Helm s'est proposé de résoudre le même problème. Il inocule à des vaches le virus variolique à l'aide de matières venant d'individus atteints de la variole. Par ce moyen, dit-il, il a réussi à produire chez ces animaux des boutons de véritable vaccine, dont le produit a servi à vacciner l'homme avec efficacité.

M. le rapporteur demande à ce que les faits avancés par le médecin allemand soient corroborés par des expériences.

M. Dupuy pense que l'inoculation du virus d'une espèce à une autre peut réussir, mais que le nouveau virus développé par l'inoculation perd sa transmissibilité. Aussi, depuis quarante ans qu'il observe avec attention, il a bien vu la rage se communiquer de la race canine aux herbivores; mais ces derniers eux-mêmes n'ont jamais pu, suivant lui, transmettre à leur tour la rage.

Section des tendons des muscles de l'œil sur le cheval; réunion de ces tendons; par M. Lucien Boyer.

M. Lucien Boyer a mis sous les yeux de l'Académie des pièces d'anatomie pathologique qui démontrent de la manière la plus évidente que, lorsque les muscles de l'œil ont été complétement coupés, leurs extrémités ne se soudent dans aucun cas, l'une à l'autre, et que leur réunion au globe de l'œil se fait par une aponévrose de nouvelle formation, qui s'insère toujours postérieurement à l'insertion primitive sur la sclérotique. De ces pièces il résulte encore que le travail de réunion est déjà évident au bout d'un temps très-

court, et que le muscle allongé par l'intervalle qui existe entre ses deux bouts peut manifester son action, devenue presque normale.

M. Boyer dit avoir répété et multiplié ces expériences en coupant d'abord un muscle, puis deux, puis trois et enfin tous les muscles de l'œil, et il est arrivé à des résultats fort intéressants pour la physiologie et la pathologie.

Après avoir fait un grand nombre d'expériences sur les animaux vivants, M. Lucien Boyer a pratiqué l'opération sur l'homme, et déjà il a opéré un grand nombre d'individus, dont quelques-uns affectés de strabisme double.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 7 décembre 1840.)

Présidence de M. Poncelet.

Recherches médico-légales de l'arsenic dans les cadavres; par MM. Kæppelin et Kampmann.

M. Chevreul, rapporteur de la commission nommée pour diverses communications relatives à la recherche de l'arsenic, donne l'analyse suivante de ce travail.

Pour remédier à des inconvénients que présente l'usage de l'appareil de Marsh, savoir :

1° La perte d'une portion de l'arsenic dont on cherche à constaier la présence ;

2° La présence de la vapeur d'eau dans le gaz que l'on enflamme ;

3° La présence de l'air dans le même gaz ; enfin, pour remédier à la difficulté que présente la décomposition par la chaleur du gaz hydrogène arsénié lorsqu'on veut l'opérer dans un tube de verre chauffé adapté à l'appareil de Marsh, ainsi que MM. Berzélius et Liebig l'ont conseillé. M. Kæppelin, régent de physique au collége de Colmar, et M. Kampmann, pharmacien, ont imaginé de donner à l'appareil de Marsh la disposition suivante :

Un tube droit, large de $0^m,01$, plonge dans un flacon à deux tubes tubulaires contenant du zinc; de la seconde tubulure part un tube coudé communiquant à un tube renfermant du chlorure de calcium, et à ce tube en est adapté un de $0^m,005$ de diamètre qui est effilé à l'extrémité libre. Ce dernier tube passe dans deux trous pratiqués au milieu d'une feuille de cuivre courbée en étrier ; par ce moyen, on peut avec une lampe à alcool chauffer le tube dans une longueur de 5 centimètres environ.

Lorsqu'on veut faire usage de cet appareil, on commence par verser de l'acide hydrochlorique étendu sur le zinc. Lorsqu'on juge que tout l'air est expulsé, on chauffe le tube au rouge; on enflamme le gaz à l'extrémité effilée de ce tube, et l'on peut constater d'abord l'absence de l'arsenic dans les réactifs employés.

Après cet essai, on verse dans le flacon par le tube droit, 1° de nouvel acide hydrochlorique ; 2° du liquide présumé contenir de l'arsenic ; 3° de l'acide ; 4° du liquide présumé contenir de l'arsenic, et ainsi de suite.

Pour peu qu'il y ait de l'arsenic, on le recueille dans la partie du tube de $0^m,005$ qui n'a pas été chauffée, et en même temps on constate, en enflammant le gaz qui se dégage par le bout effilé et en exposant une plaque de porcelaine à la flamme, qu'une portion d'hydrogène arsénié a échappé à la décomposition.

(Séance du 28 décembre.)

Recherches sur les propriétés des racines antérieures et des racines postérieures des nerfs spinaux. Extrait d'une note de M. Longet.

Dans une lettre récente, l'auteur annonçait à l'Académie qu'il avait constamment trouvé sur dix-sept chiens, la plupart adultes, les racines antérieures spinales et les faisceaux correspondants de la moelle complètement insensibles aux irritations mécaniques de toutes sortes ; et au contraire les racines postérieures et les faisceaux médullaires postérieurs extrêmement sensibles. Il ajoutait qu'au lieu d'avoir obtenu, comme l'ont annoncé quelques physiologistes, par l'action du galvanisme, des contractions avec les deux sortes de racines préalablement coupées, il n'en avait déterminé qu'en agissant sur les seules racines antérieures.

Depuis cette communication, il a recommencé ses expériences sur neuf autres chiens également adultes, et il a de nouveau constaté l'exactitude de ces résultats, en présence de MM. les professeurs *Cruveilhier* et *Gerdy* et de plusieurs médecins français et étrangers.

Les conclusions de la note de M. Longet se résument dans les propositions suivantes :

1° Le galvanisme d'une part, les irritations mécaniques de l'autre, servent à démontrer de la manière la plus absolue les différences tranchées de fonctions et de propriétés dans les deux sortes de racines spinales et dans les faisceaux médullaires correspondants ;

2° Les racines antérieures et les faisceaux antérieurs de la moëlle qui sont insensibles aux irritations mécaniques suscitent des contractions violentes par l'action du galvanisme appliqué à leur bout périphérique. Ces parties insensibles du système nerveux sont exclusivement en rapport avec le mouvement ;

3° Les racines postérieures et les faisceaux médullaires correspondants, qui, mécaniquement excités, sont très-sensibles, ne déterminent aucune contraction musculaire, si l'on fait agir le galvanisme sur leur extrémité périphérique. Les fonctions de ces racines et de ces faisceaux sont relatives seulement à la sensibilité et non au mouvement.

4° Le galvanisme peut passer du faisceau antérieur d'un côté à celui du côté opposé, par l'intermédiaire de la commissure blanche antérieure qui le réunit ; mais, ce qui est digne de remarque, il ne se transmet jamais du faisceau postérieur au faisceau antéro-latéral, par l'intermédiaire de la corne postérieure de la substance grise qui sépare complètement ces deux ordres de faisceaux. La substance grise paraît donc être un mauvais conducteur du galvanisme ; comme on l'a déjà avancé, elle produirait plutôt le principe nerveux qui serait conduit par la substance blanche.

5° Le faisceau latéral de la moëlle pourrait bien avoir des fonctions distinctes de celles du faisceau antérieur.

Nominations.

L'Académie procède à l'élection d'un membre qui remplira, dans la section de physique, la place vacante par suite du décès de M. Poisson.

La liste présentée par la section est la suivante :

1° M. Desprez ;
2° M. Cagniard-Latour ;
3° MM. Péclet et Pelletier (*ex æquo*) ;
4° M. Duhamel.

Le nombre des votants est de soixante.

Au premier tour de scrutin,

M. Duhamel obtient 38 suffrages.
M. Desprez..... 20.
M. Pelletier..... 2.

M. Duhamel, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

Recherches médico-légales sur l'arsenic; par MM. Danger et Ch. Flandin.

Ces deux chimistes s'occupent d'un travail qui n'est pas encore terminé, mais dont l'importance leur paraît telle qu'ils ne croient pas pouvoir en publier trop tôt les premiers résultats. Ils se félicitent d'être arrivés, à force de recherches, à un procédé qui leur a permis de manifester un grand nombre de taches sur des quantités de chair très-minimes.

Cinq grammes de chair musculaire leur ont donné trois soucoupes remplies de taches. Le résultat n'a pas été moindre avec le foie d'un adulte et le cœur d'un enfant. Frappés, disent-ils de la similitude de ces taches avec celle que produit l'arsenic, ils les ont soumises à des réactions comparatives. Dans l'un comme dans l'autre cas la flamme offrait les mêmes modifications; une odeur fortement aliacée s'exhalait; les taches étaient également miroitantes et volatiles; elles se dissolvaient dans l'acide nitrique et donnaient des précipités de même couleur que les dissolutions arsénicales, soit qu'on les traite par l'acide sulphydrique ou l'azotate d'argent.

Persuadés alors de l'existence de l'arsenic dans les tissus animaux, MM. Danger et Flandin ont cherché en quelle proportion cet arsenic se trouvait assimilé avec nos organes; mais il leur a été impossible de ramener à l'état métallique la matière qui fournissait tant de taches, tandis qu'ils trouvaient des quantités infiniment petites d'autres métaux mêlés accidentellement aux matières sur lesquelles ils opéraient. Ainsi, ils obtenaient de l'antimoine sur cinquante grammes du cadavre d'un individu qu'ils ont su, après l'expérience, avoir pris de l'émétique dans les derniers jours de sa vie.

A force d'examen et d'attention dans la recherche des divers composés qui prennent naissance pendant la carbonisation, ces deux chimistes ont reconnu que plus il se produisait simultanément de sulfite d'ammoniaque, d'huile volatile animale et de phosphore à divers degrés d'oxidation, plus on obtenait de taches au moyen de l'appareil de Marsh. Ils ont fait une synthèse : ils ont fait passer un courant d'acide sulfureux dans de l'ammoniaque à laquelle ils ont ajouté quelques gouttes d'huile essentielle de térébenthine. Après la complète saturation de l'ammoniaque, ils ont introduit le mélange dans l'appareil de Marsh et en ont obtenu immédiatement des taches identiques, sous tous les rapports, à celles qu'avait données la matière animale.

MM. Danger et Flandin sont ensuite parvenus à isoler la matière qui donne des taches avec l'appareil de Marsh. Elle est composée de sulfite et de phosphite d'ammoniaque, unis à une petite quantité de matière organique. Quelques milligrammes de cette matière donnent immédiatement des taches; mais comme on a détruit une partie de l'huile volatile qu'elle contenait, il est nécessaire de la lui rendre, si l'on veut obtenir des taches très-prononcées.

On peut donc tirer de ces faits les conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas d'arsenic *normal* dans les chairs des animaux.

En existe-t-il dans les os, dans le terreau de certains cimetières? C'est une question que nos deux chimistes traiteront très-prochainement.

2° Les taches que fournissent, avec l'appareil de Marsh, les matières animales non empoisonnées, ne sont que l'effet d'une réaction des sulfite et phosphite ammoniacaux sur une huile volatile organique, sous l'influence d'une force électro-chimique.

La matière animale à l'une des phases du traitement que MM. Danger et Flandin lui font subir, et dans la condition où la montre l'échantillon qu'ils mettent sous les yeux de l'Académie, est à un état stable qui permet de la conserver indéfiniment.

Pour exécuter cette opération, il n'est, selon eux, nullement besoin d'un chimiste. Ainsi, qu'une expertise médico-légale soit demandée dans une localité qui manque d'hommes habitués aux recherches toxicologiques, il suffira au magistrat instructeur de faire préparer par un pharmacien telle ou telle partie du cadavre, et d'envoyer la matière ainsi préparée à des chimistes de profession pour en faire l'analyse.

NOUVELLES.

Concours et prix.

La Société de médecine de Bordeaux a décerné une médaille d'or au meilleur mémoire touchant *les recherches sur la variole chez les vaccinés*, question qu'elle avait mise au concours. L'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Steinbrenner, de Wasselonne (Bas-Rhin).

—

Concours pour une place de médecin communal de la ville de Strasbourg.

Le maire de la ville de Strasbourg a fait annoncer, dans les journaux du département, un concours pour une place de médecin communal, *extra muros*. Les candidats seront examinés par une commission composée de deux professeurs de la Faculté de médecine et trois praticiens de la ville. Le jour de l'ouverture du concours n'est pas encore fixé. On s'inscrit au secrétariat de la mairie. Le titre de docteur en médecine est exigé, et les candidats doivent connaître la langue de la localité.

—

Enseignement.

Distribution des prix de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix institués par l'Université. — Premier prix de l'école pratique : M. Hirtz (Louis), de Wintzenheim (Haut-Rhin). — Premier second prix : M. Joyeux (Jules-Antoine), de Strasbourg. —Deuxième second prix : M. Reibel (François-Libéré), de Strasbourg.

Prix institués par la Faculté. — Première classe de l'école pratique. Premier prix : M. Willemin (Prosper-Alexandre), de Strasbourg. — Deuxième prix : M. Coze (Pierre-Léon), de Strasbourg.—Seconde classe.—Premier prix : M. Hauser (Josué), de Dormenach (Haut-Rhin). — Deuxième prix : M. Wieger (Frédéric), de Strasbourg. — Troisième classe. — Premier prix : M. Hirtz (Louis). — Deuxième prix : M. Reibel (François-Libéré).

Prix d'anatomie pratique : M. Delineau (Henri) de Poitiers.

Prix d'observation clinique : M. Joyeux (Jules).

Thèse couronnée : Celle de M. le docteur Hergott (Fr.-Jos.), de Guebwiller (Haut-Rhin).

—

Hôpitaux.

La distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices a été faite le samedi, 26 décembre 1840.

Une médaille d'or a été décernée à M. Becquerel, élève interne à l'Hôtel-Dieu.

MM. Burguières, élève interne à l'hôpital St.-Louis, et Tardieu interne à l'hôpital Cochin, ont obtenu chacun une médaille en argent.

Des livres ont été distribués à MM. Aran, interne à l'hôpital des Cliniques, Roussel, interne provisoire à l'Hospice de la Vieillesse (femmes), Vaussin, à l'hôpital de la Charité.

Mention honorable a été faite de MM. Aubry, interne provisoire à l'hôpital du Midi ; Milcent, externe à l'hôpital de la Pitié ; Grandhomme, interne provisoire ; Bergeron, externe à la Pitié, et Perrusset, interne provisoire.

On a proclamé, dans la même séance, les noms des élèves internes et externes nommés, à la suite des concours, pour occuper dans les hôpitaux les places vacantes au 1er janvier 1841.

Les élèves internes proclamés sont : MM. Moreau, Guéneau de Mussy, Cloquet, Delpech, Guignard, Bennet, Grandhomme, Bergeron, Aubry, Figuière, Leroy, Bourgoin, Rodard, Boucher, de Lonjon, Belin, Gaubric, Lefebvre, Tricou, Guérin, Delâtre, Roussel, Chapotin, de Saint-Laurent, Fortineau, Chaget, Decrozant, Houël.

— M. Foville est nommé médecin en chef de l'hospice de Charenton, en remplacement de M. Esquirol, décédé.

—

Médecine militaire.

Concours pour les emplois de chirurgien sous-aide auxiliaire.

Ce concours sera ouvert à Paris le 3 février, et le 14 du même mois à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes et Lille.

Chaque candidat, s'il est pourvu du diplôme de bachelier ès-lettres, ou du titre de maître en pharmacie, délivré par l'une des écoles de Paris, Strasbourg ou Montpellier, et s'il est âgé de moins de trente ans au 1er janvier 1841, devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours dont le progamme a été inséré au *Journal militaire.*

— M. H. Larrey fils, agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé, par concours et à l'unanimité, professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce.

—

Nécrologie.

Le docteur Félix Capitaine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir à l'âge de trente-un ans, après une maladie de quelques jours.

La statistique médicale de Paris, dont M. Domange, secrétaire des bureaux de la Faculté, donne le tableau dans l'*Almanach général de médecine* qu'il vient de publier pour l'année 1841, présente cette fois encore une augmentation du personnel des médecins de la capitale, malgré le nombre considérable des jeunes docteurs qui annuellement quittent cette ville après quelques temps d'établissement infructueux, et dont M. Domange évalue le chiffre à 60 par an.

Voici le tableau de cet accroissement progressif : En 1833, il y avait à Paris 1090 docteurs en médecine ; en 1836, 1220 ; en 1839, 1310, et au 1er janvier 1841, 1360, d'où il résulte une augmentation de 270, depuis huit ans, période pendant laquelle il y a eu 150 décès : moyenne, 18 par an.

Les savantes leçons et le compte-rendu des expériences de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'arsenic et le tartre stibié, que M. Domange a ajoutés à son travail, donnent un puissant intérêt à cet ouvrage si utile aux médecins.

Mon cher confrère,

Vous dites dans votre journal (numéro de janvier 1841), en rendant compte des séances de l'Académie, que *je repousse de toutes mes forces l'opération du strabisme.* Il m'importe que cette assertion, qui est tout-à-fait l'inverse de la vérité, soit rectifiée. J'ai dit, et je répète, que ce n'est pas en montrant des malades le lendemain de l'opération qu'on peut démontrer l'efficacité de cette opération, que la seule manière légitime d'éclairer le public en pareille matière serait de faire voir les gens avant qu'ils fussent opérés, puis de les ramener deux ou trois mois après l'opération.

J'ai ajouté que ceux qui se présentent à l'Académie, pour faire dire ensuite à toute la presse politique qu'ils ont fait des merveilles, nuisent à la dignité de notre profession. Quant à l'opération en elle-même je la repousse si peu, que je la mets chaque jour en usage.

Agréez, etc.

VELPEAU.

15 janvier 1841.

Le directeur de service, J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 9. — MARS 1841.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Du tamponnement, comme méthode de traitement des écoulements utéro-vaginaux.

Les écoulements utéro-vaginaux, quelle que soit leur nature, persistent habituellement avec une opiniâtreté qui désespère la thérapeutique la plus active. Il faut sans doute, dans plus d'un cas, pour apprécier avec rigueur et justice cette inefficacité de l'art, tenir compte des conditions spéciales de l'organisme qui dominent l'affection locale et interposent leurs indications, parfois aussi difficiles à saisir qu'à remplir; mais la médication topique restant, même alors, avec son importance et sa *nécessité*, l'affection locale n'en exige pas moins constamment l'étude la plus attentive de la part du praticien. A-t-on bien analysé tous les éléments qui la constituent? a-t-on notamment déterminé et fixé les rapports qui lient la sécrétion morbide aux diverses lésions de tissu qui peuvent coïncider avec elle? Ces lésions ne sont-elles pas souvent consécutives à l'écoulement, et le résultat de l'irritation que provoque le contact de sa matière, irritation qui entretient l'écoulement lui-même en renouvelant sans cesse et perpétuant son foyer? Dans cette opinion, le point culminant du traitement topique c'est l'*isolement* des parties malades, de manière à en écarter les parties saines et surtout l'*abstersion* continue des surfaces au fur et à mesure qu'elles se couvrent de leur produit humoral. Les faits que j'ai à rapporter ici viennent fortement à l'appui de ces idées théoriques.

Le tamponnement du vagin n'est, certes, point une pratique nouvelle dans le traitement des écoulements utéro-vaginaux, mais ce n'est guère que comme moyen accessoire et secondaire qu'on l'a employé jusqu'à présent; c'est au contraire comme moyen fondamental et souvent unique que je le proposerai désormais. Les résultats que j'ai obtenus sont tels qu'ils m'ont engagé à en étendre l'usage au-delà du vagin. Je porte ainsi le tampon jusque dans la cavité du col utérin; je le porterai dans l'urètre. Enfin, une observation que je possède, et que j'exposerai plus bas, montre quelle utilité peut avoir cette méthode dans le traitement des écoulements du rectum.

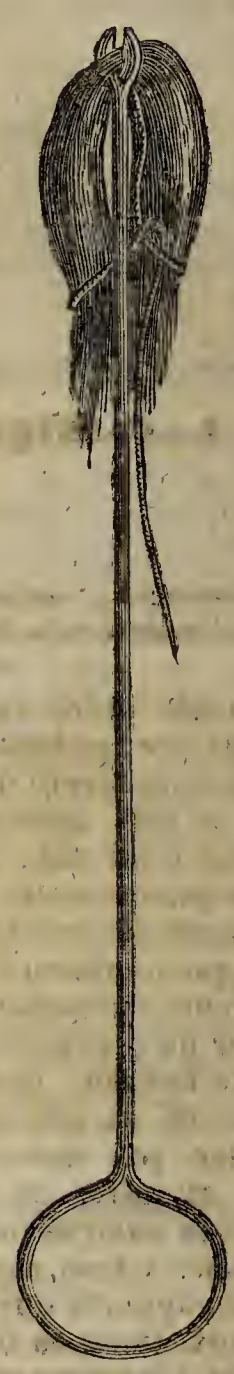
La substance du tampon n'est point d'un choix indifférent. Tant qu'il ne s'est agi que d'introduire un topique dans la profondeur du vagin et d'y soutenir son application à l'aide d'un tampon, la charpie roulée en bourdonnets a pu suffire, mais il n'en est plus ainsi dès que c'est l'isolement des surfaces et leur abstersion continue qu'on veut obtenir. La charpie, par son imbibition rapide, ne tarde pas à s'humecter dans toute son épaisseur et à s'affaisser sous la pression des parois vaginales qui baignent de nouveau dans la matière de l'écoulement. Le contact de cette matière est même encore plus rapproché, retenue qu'elle est et fixée, on peut dire, par le tampon dont elle s'égoutte comme d'un filtre. Le coton cardé, par sa souplesse et sa densité m'a semblé devoir réunir toutes les conditions favorables, et l'expérience a pleinement justifié cette prévision.

Quand on retire un de ces tampons, il est remarquable de voir que sa forme n'a éprouvé aucun changement, et que là seulement où il était en rapport avec le foyer de l'écoulement, il s'en trouve imprégné; encore n'est-ce que dans ses couches superficielles, car le centre est resté sec. Un autre fait non moins digne de remarque, c'est que la matière de l'écoulement, combinée avec le tissu qu'elle pénètre, a perdu presque toute sa fluidité, en laissant d'ailleurs au coton sa mollesse et son élasticité. Le vagin se trouve donc ainsi dans un état modéré et constant de dilatation qui protége les parties saines tenues exactement éloignées des parties ma-

lades; d'autre part, les produits de sécrétion sont absorbés et non plus filtrés, et toutes les indications se trouvent accomplies.

Le tampon dont je me sers est d'une longueur variable de six à douze centimètres et d'un volume également variable, de la grosseur du petit doigt à celle de trois à quatre doigts réunis. Pour faire ce tampon, je commence par étaler un rouleau de coton, je noue une anse de fil sur sa partie moyenne; puis, rabattant simultanément les deux parties du rouleau et les deux chefs de l'anse de fil qui les sépare, j'ai un cylindre sur l'extrémité terminale duquel je fais un dernier nœud qui achève de lui donner sa forme et sa consistance. Les deux chefs du fil sont laissés pendants pour servir à l'extraction du tampon.

Le manuel opératoire du tamponnement est important à établir. Le mode le plus convenable, et qui doit être adopté sans hésitation, toutes les fois qu'il est praticable, c'est celui qui consiste à porter le tampon avec une longue pince à travers le spéculum préalablement introduit dans le vagin. Mais, outre que ce procédé n'est d'une exécution possible que chez les femmes déflorées, tant de circonstances tirées, soit de la disposition morbide ou même normale des organes, soit de la répugnance des malades, viennent y mettre obstacle, qu'il fallait de rinueur trouver une instrumentation d'une application plus générale. Une légère modification au porte-mèche ordinaire a parfaitement atteint le but. La tige a été allongée et les pointes de sa fourche arrondies, de façon à offrir un sommet échancré mousse et olivaire; le tampon y est suspendu par le fil tendu entre ses deux extrémités, et les femmes elles-mêmes peuvent l'introduire. Ce porte-tampon ne fait courir aucun risque de déchirures aux surfaces qu'il parcourt, et ses minces proportions s'accommodent aux plus étroites dimensions des parties. Des filles vierges et des enfants du plus bas âge ont pu ainsi être soumises au tamponnement, devenu une opération simple et toujours exécutable, à laquelle l'inflammation la plus aiguë n'est pas même, comme on verra, un empêchement insurmontable.



Toutes les variétés des écoulements utéro-vaginaux ont été traitées par la méthode du tamponnement dans mon service; il n'en est aucune que je n'aie vu céder, et souvent très vite. Le tamponnement seul a suffi dans la généralité des cas pour tarir des écoulements qui, quelquefois, duraient depuis des années. Ce n'est guère qu'exceptionnellement et temporairement que j'ai saupoudré le coton avec l'alun pour revenir de suite au tampon simple.

Pour peu que l'écoulement soit abondant, le tamponnement doit être renouvelé au moins deux fois dans les vingt-quatre heures. Il est facile d'extraire le coton du vagin avec les chefs du fil que j'ai dit devoir être laissés pendants à l'extrémité inférieure du tampon et qui sortent de la vulve.

Point d'injections avant comme après le tamponnement qui doit être fait le plus possible *à sec*. Toutefois, quand les parties

sont très-étroites, comme chez les enfants, ou trop enflammées, une couche légère d'huile étendue par places à la surface du coton en favorise le glissement et rend son introduction plus prompte.

La durée totale du traitement jusqu'à guérison complète est très-variable. Les observations qu'on va lire démontrent que parfois elle est remarquablement courte; d'autres fois elle se prolonge. Quelles sont les conditions auxquelles elle est subordonnée? J'avoue que cette étude me reste encore à faire. Pour le moment je puis dire que ni le principe du mal ni son ancienneté ne m'ont paru avoir d'influence prononcée à cet égard.

Le tamponnement du vagin avec le coton cardé n'exige point que les femmes gardent le repos. Elles peuvent vaquer aux occupations les plus actives, sans que le tampon se dérange. Elles n'en ont même pas conscience, tant est douce la dilatation que supportent les parties. Dans quelques cas cependant, où l'écoulement est excessif, le tampon s'en pénètre assez vite et perd de sa souplesse à sa surface, de manière à causer une certaine gêne qui engage les femmes à le renouveler. Je ne l'ai pas vu encore produire de la douleur.

J'ai dit, en commençant, que les rapports de causalité entre les écoulements utéro-vaginaux et les lésions de tissu, qui souvent les accompagnent, n'étaient point encore suffisamment déterminés. Les résultats du tamponnement peuvent, je crois, contribuer beaucoup à éclairer la question. En effet, l'écoulement diminue et cesse d'ordinaire bien avant que la lésion de tissu ait disparu; assez fréquemment même elle n'offre pas de changement très-notable dans son aspect. Comment attribuer l'écoulement à cette lésion?

Quoi qu'il en soit, le bénéfice du tamponnement ne s'arrête point encore, et des lésions organiques, même profondes, guérissent sous son application. On lira avec intérêt, sous ce point de vue, l'observation VI.

Depuis le mois d'octobre j'ai soumis trente-huit malades à la méthode du tamponnement, vingt sont encore en traitement, dix-huit sont guéries. Je donne ici leurs observations groupées suivant la nature de l'affection dont elles étaient atteintes (1).

1° ÉCOULEMENTS BLENNORRHAGIQUES.

Obs. I. — *Écoulement blennorrhagique réfractaire à tous les moyens employés pendant six mois. Eczéma de la face et de la jambe survenant alors et durant un an. Disparition consécutive de l'écoulement. L'eczéma cesse, l'écoulement revient avec tous ses caractères primitifs. Disparition complète et décisive au bout d'un mois de tamponnement.*

Armande G...., dix-huit ans, non mariée, entre le 26 septembre 1839 à l'hôpital de l'Ourcine avec un écoulement blennorrhagique abondant qui date de deux mois. Pendant quatre mois des injections astringentes sont faites régulièrement dans le vagin sans aucun résultat. A cette époque un eczéma se développe sur la face, sur la poitrine et sur la cuisse gauche, et l'écoulement disparaît entièrement. Cette affection cutanée durait depuis bientôt un an, cédant quelquefois à des frictions faites avec la pommade de calomel pour surgir de nouveau dès qu'on en suspendait l'usage, quand la pensée me vint de détourner l'irritation de la face par une révulsion sur une région de la peau moins exposée à la vue. Ce déplacement fut obtenu sans difficulté à l'aide de vésicatoires successivement appliqués sur un trajet étendu de la face à la partie latérale et postérieure de l'épaule gauche. Le dernier vésicatoire sec, l'eczéma ne reparut pas, mais l'écoulement blennorrhagique se montra de nouveau avec toute son intensité. On revint aux injections alumineuses continuées pendant quelque temps, mais toujours avec le même insuccès. On y joignit alors la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent promené sur la surface du vagin. La sécrétion muco-purulente ne fut pas plus modifiée. Mes idées étant éveillées sur les effets à attendre du tampon sec de coton cardé, je résolus d'en tenter l'application chez cette malade. Le 2 octobre 1840, je commençai le traitement. Le tamponnement fut pratiqué deux fois dans les vingt-quatre heures jusqu'au 15. L'écoulement devenu moins abondant, un seul tampon fut désormais introduit et gardé seulement pendant quatre heures chaque jour. Le 30, le tampon ne présente plus qu'une couche légère d'un mucus transparent que l'examen au spéculum découvre provenir de la cavité du col et qui peut être considéré comme le produit du suintement normal dont cette partie est le siége. Depuis cette époque l'écoulement blennorrhagique n'a pas reparu, non plus que l'eczéma de la face. Aujourd'hui, 9 février, Armande G.... est encore à l'hôpital, où elle est employée à diverses fonctions du service des salles.

Obs. II. — *Écoulement blennorrhagique datant de huit mois, guérison en six semaines.*

Octavie St....., vingt-trois ans, non mariée, est assujettie depuis huit mois à un écoulement jaunâtre, crémeux, très-abondant. L'examen au spéculum constate l'état sain du col et de sa cavité. La sécrétion est exclusivement vaginale. Cette fille entre à l'hôpital le 1er septembre 1840. Pendant tout ce mois les injections alumineuses sont faites régulièrement deux fois chaque jour. Elles n'ont aucun résultat.

Le 8 octobre la malade est soumise au tamponnement, qui est pratiqué matin et soir pendant quinze jours. L'écoulement a presque cessé. Toutefois, le tamponnement est continué, mais une fois par jour seulement, jusqu'au 15 novembre. La malade, parfaitement guérie, reste encore une semaine à l'hôpital, et sur sa demande réitérée, sa sortie lui est accordée.

Obs III. — *Écoulement blennorrhagique datant de trente mois, tari en huit jours.*

Joséphine S.....x, vingt ans, entra le 6 octobre 1839 à l'hôpital de l'Ourcine. Elle était affectée

(1) Les détails de ces observations ont été soigneusement recueillis par M. Sappey, interne de mon service.

depuis dix-huit mois d'un écoulement blennorrhagique extrêmement abondant contre lequel elle avait, dès le début, dirigé le traitement le plus actif. Ainsi, en peu de jours, par le conseil d'un pharmacien, elle avait pris deux potions de Chopart et une grande quantité de Copahu administré en lavements. Ce dernier médicament fut en outre employé pendant plus de six semaines sous forme de pilules, le nombre de celles-ci étant quelquefois porté jusqu'à douze par jour. Toute cette médication, malgré son énergie, resta sans influence sur l'écoulement. A l'hôpital de l'Ourcine, cette fille fut placée dans la salle Saint-Clément, dont M. le docteur Gibert était alors médecin. Il la soumit de suite aux injections alumineuses qu'il avait instituées depuis quatre ans comme base essentielle du traitement des écoulements vaginaux. Mais n'ayant pas obtenu de résultat satisfaisant, il associa plus tard à la solution d'alun une solution de nitrate d'argent. Ces deux solutions étaient injectées chaque jour alternativement dans le vagin. Elles produisirent une suppression momentanée de l'écoulement, qui reparaissait dès qu'on les discontinuait, et cela du jour au lendemain.

Le 27 février 1840, cette fille, profitant d'une de ces suppressions momentanées de son écoulement, demanda sa sortie. Trois jours après, le flux blennorrhagique avait repris tous ses caractères primitifs.

Le 27 juillet, elle se présenta de nouveau à l'hôpital et fut reçue dans la même salle Saint-Clément, dont le service m'était alors confié. L'écoulement était toujours d'une extrême abondance, jaunâtre, exclusivement fourni par les parois du vagin. Le col de l'utérus est petit, parfaitement sain. Après trois nouveaux mois infructueusement consacrés aux injections alumineuses, et aux cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, le tamponnement est décidé et commencé le 22 octobre. Dès le 26 (le quatrième jour), l'écoulement avait très-sensiblement diminué, mais l'orifice du vagin étant très-douloureux par suite de l'excision de nombreuses végétations qui en bordaient la circonférence, on suspendit pendant huit jours le tamponnement. Les douleurs se calmèrent par des injections et des lotions souvent répétées d'eau de guimauve; le tamponnement est aussitôt repris et renouvelé matin et soir pendant huit jours. L'écoulement est complètement supprimé dans cet espace de temps. Je garde encore cette fille quinze jours dans la salle pour m'assurer de sa guérison, qui ne s'est pas démentie.

Obs. IV.—*Écoulement blennorrhagique datant de six mois. Guérison en six semaines.*

Céleste B....d, domestique sans enfant, est affectée depuis six mois d'un écoulement jaunâtre, douloureux, abondant et crémeux. Elle entre à l'hôpital le 8 octobre 1840. Le 10, elle est visitée. L'introduction du spéculum est très-douloureuse; le vagin est rouge, ainsi que le col, mais sans autre altération. Une grande quantité de pus blennorrhagique baigne toutes ces parties. Injections alumineuses depuis le 10 octobre jusqu'au 26 novembre. Aucun résultat.

A partir du 26 novembre, tamponnement du vagin soir et matin. Jusqu'au 6 décembre, chaque fois que le tampon est retiré, il est imprégné profondément par le liquide blennorrhagique, et son extraction est suivie de la sortie d'un flot du même liquide. Le 7 décembre le coton est encore abreuvé de pus, mais celui-ci a cessé de s'accumuler dans le vagin, et après l'extraction du tampon il ne s'écoule plus aucun liquide. Le 18, l'écoulement a presque entièrement disparu, le coton est à peine humecté à sa surface. Le tamponnement n'est plus fait qu'une fois par jour jusqu'au 25. Le coton est retiré sec. On cesse le traitement. La malade est gardée jusqu'au 7 janvier. Rien n'a reparu; elle sort.

Obs. V.—*Blennorrhagie de six mois. Guérison en vingt-un jours.*

Aglaé P....r., vingt ans, marchande des quatre saisons, mariée depuis trois ans, est affectée depuis cinq mois d'un écoulement épais, crémeux, jaune verdâtre, abondant, non douloureux, contre lequel elle n'a fait aucun traitement. Le 5 novembre 1840, elle entre dans la salle Saint-Clément (n° 15). Jusqu'au 16 décembre, cette malade fait des injections alumineuses, sans en obtenir le moindre avantage. Alors elle est soumise au tamponnement.

Les premiers tampons sont fortement imprégnés de la matière de l'écoulement, et, comme dans le cas précédent, après leur extraction il s'écoule une assez grande quantité de liquide blennorrhagique.

Les jours suivants cette quantité devient de moins en moins considérable, de manière que le septième jour toute la matière de l'écoulement se trouve déposée à la surface du tampon. Le douzième jour, l'écoulement est presque nul. Le tamponnement est suspendu pendant quelques jours; alors il reparaît en partie. L'usage du coton est repris et continué jusqu'au 7 janvier. A cette époque, le coton ne présente plus qu'un peu d'humidité à sa surface. On en cesse décidément l'application. La malade reste encore une semaine à l'hôpital et sort, sans qu'il y ait trace de son écoulement.

Obs. VI. — *Blennorrhagie avec vaginite aiguë. Tamponnement sans spéculum. Guérison en douze jours.*

Eléonore Du...s, quinze ans, marchande des quatre saisons, entrée le 1er décembre. Depuis huit jours, elle était affectée d'un écoulement vert, épais, abondant, douloureux. L'appareil de la génération n'étant pas assez développé pour permettre l'introduction du spéculum, on se sert du porte-mèche modifié pour introduire le tampon dans le vagin. Jusqu'au 5 décembre, quoique cette opération ait lieu deux fois par jour, il ne survient presque aucun changement dans l'écoulement; mais, dès lors, il diminue sensiblement chaque jour au point que, le 12, il est nul. Le tamponnement est suspendu. La malade demeure à l'hôpital jusqu'au 1er janvier; l'écoulement n'a pas reparu un seul instant.

Il importe de noter qu'il y avait ici vaginite douloureuse. Le tampon a été enduit d'une couche d'huile, moyennant quoi son introduction n'a pas souffert la moindre difficulté.

Il est à noter encore qu'aucune injection émolliente n'a été faite ni qu'aucun autre moyen anti-phlogistique n'a été employé.

Obs. VII. — *Ecoulement leucorrhéique datant de trois ans. Ecoulement blennorrhagique datant de six semaines. Les deux écoulements taris en un mois.*

Mélanie Bi...d, dix-huit ans, domestique, non

mariée, est sujette depuis trois ans à un écoulement de fleurs blanches (flux muqueux transparent). En janvier 1840, elle devient enceinte, et au mois de juin, elle est reçue à l'Ourcine, salle Sainte-Marie; elle y passe trois mois sans subir aucun traitement, et accouche heureusement au terme ordinaire. Trois semaines après, un écoulement se déclare, bien différent de sa leucorrhée habituelle; il est jaunâtre, épais, abondant et présente tous les caractères du pus blennorrhagique. On le combat inutilement pendant six semaines par les injections émollientes d'abord, puis astringentes, et enfin par la cautérisation avec le nitrate d'argent. A partir du 12 décembre, tamponnement soir et matin. Dès les premiers jours, il survient une diminution considérable dans l'écoulement. Le 4 janvier 1841, il a en grande partie disparu; le 10, il n'en existe plus de traces.

Obs. VIII. — *Ecoulement blennorrhagique datant de quinze mois chez une jeune fille vierge. Tamponnement avec le porte-mèche modifié. Guérison en un mois.*

Elisa Hé...é, quatorze ans, blanchisseuse, est abandonnée le 22 juin 1839 aux passions brutales de trois hommes, dont au moins un était affecté de blennorrhagie, et qui successivement se livrent à des tentatives de viol. Le 1er juillet, elle entre à l'hôpital, son examen prouve qu'elle n'est pas déflorée, mais elle a contracté un écoulement jaunâtre, épais, excessivement abondant et très-douloureux. Pendant sept mois, elle fait des injections alumineuses sans succès et sort non guérie, le 2 février 1840.

Son écoulement la fatiguant par son abondance, elle rentre treize jours plus tard, même traitement, même insuccès pendant trois mois; elle sort pour la seconde fois le 30 avril.

20 juillet. L'écoulement compte treize mois de durée, et il a conservé tous les caractères qu'il avait à son début, seulement il a cessé d'être douloureux; la malade revient une troisième fois, reprend le cours interrompu de ses injections d'alun et les continue opiniâtrément pendant quatre mois jusqu'à la fin de novembre, sans obtenir la moindre diminution dans la quantité de son écoulement. Comme cette fille était vierge, le tamponnement du vagin ne paraissait pas pouvoir être même proposé. Cependant le succès obtenu chez Eléonore Du...s, (obs. VI), moyennant la modification apportée au porte-mèche, autorisait à tenter ce procédé, ce qui fut fait avec le plus heureux résultat. Pendant toute la durée du mois de décembre, le tamponnement fut pratiqué de la sorte; le 2 janvier, Elisa Hé...é est partie entièrement guérie depuis plus de dix jours.

Obs. IX. — *Blennorrhagie chez un enfant de six ans et demi. Tamponnement par le porte-mèche modifié.*

Léocadie G....d, six ans et demi, est entrée, le 19 novembre 1840, dans la salle Sainte-Marie. Cette enfant, victime d'un attentat, était affectée depuis quatre jours d'un écoulement jaune-vert, abondant et douloureux. Pendant trois semaines, cette petite malade prend simplement des bains, et des lotions émollientes sont répétées plusieurs fois par jour sur la vulve et à l'entrée du vagin. Le 10 décembre, la douleur est calmée, et le tamponnement est pratiqué avec le porte-mèche modifié. L'étroitesse extrême des parties et la présence de la membrane hymen ne laissaient qu'un étroit passage. Le tampon est réduit au volume du petit doigt, huilé, et pénètre sans obstacle; l'enfant n'exprime pas la moindre sensation pénible. Au bout de huit jours l'écoulement a diminué; le 1er janvier 1841, il est presqué nul. A cette époque, un point de côté se déclare et retient la petite malade au lit jusqu'au 4. Du 8 au 10, l'écoulement est revenu, et a repris une partie de son intensité première; le tamponnement est recommencé le 14, et continué sans interruption pendant six heures chaque jour jusqu'au 4 février, époque où l'écoulement a diminué d'une manière si notable qu'on laisse désormais l'enfant aux soins de sa mère.

Obs. X. — *Blennorrhagie chez un enfant de huit ans. Tamponnement par le porte-mèche modifié.*

Marguerite L....y, âgée de huit ans, victime du même attentat que la précédente, est reçue, le 4 décembre 1840, salle Sainte-Marie. Elle est également affectée d'un écoulement blennorrhagique des plus abondants et des plus douloureux. D'abord traitée par les applications émollientes, elle est ainsi préparée au tamponnement qu'on pratique comme ci-dessus pour la première fois, le 20 décembre. Le 4 janvier 1841, l'enfant a la rougeole qui dure dix jours pendant lesquels le tamponnement est suspendu. Le 15, il est repris, et fait regulièrement chaque jour, le tampon gardé six heures. Au 1er février, l'écoulement ne consiste plus que dans un suintement muqueux à peine sensible. Depuis lors elle est confiée, de même que la précédente petite malade, aux soins de sa mère.

Ces deux enfants sont aujourd'hui, 11 février, dans un état si satisfaisant que, sous peu de jours, elles sortiront de l'hôpital.

Je pourrais rapporter encore ici trois observations d'écoulements blennorrhagiques de longue durée supprimés en quelques semaines par le tamponnement avec le coton cardé. Mais pour deux de ces observations les faits qui les concernent rentrent entièrement dans ceux que je viens d'énoncer. La troisième seule comporte des détails qui lui donnent un intérêt spécial.

Obs. XI. — *Ecoulement leucorrhéique par le col utérin. Ecoulement blennorrhagique par le vagin et l'urètre. Tamponnement successif du vagin et du col utérin. Guérison des écoulements dont les parties sont le foyer. Persistance de celui de l'urètre.*

Caroline Pr....n, vingt ans, couturière, est reçue à l'hôpital le 3 juillet 1840; elle est enceinte de trois mois. De nombreuses pustules muqueuses couvrent la face interne des grandes lèvres. Les parois du vagin sont abreuvées d'un écoulement ancien très-abondant, très-fluide, offrant l'apparence du petit-lait. Le col utérin est petit, lisse, sain à l'extérieur; mais son orifice et sa cavité sont érodés, saignants, dilatés, et livrent passage à des mucosités sanguinolentes. Dans le courant du mois d'août, l'écoulement vaginal perd tous ses caractères primitifs pour prendre ceux qui appartiennent au pus blennorrhagique, tout en conservant son abondance. Il n'est pas rare de voir ainsi la blennorrhagie revêtir à son début l'aspect de la leucorrhée. Cet écoulement a pour siége évident le vagin et le canal de l'urètre; il s'accompagne de douleurs extrêmement vives

pendant l'émission des urines. Ces douleurs parurent se calmer sous l'influence de l'administration du poivre cubèbe à la dose de quinze grammes, mais sans modifier l'écoulement, ni dans ses qualités, ni dans sa quantité. Du reste, les troubles de la digestion nécessitèrent bientôt l'abandon de ce médicament. On eut recours aux injections alumineuses qui restèrent sans effet. La malade fait une fausse couche vers le milieu de septembre, sort le 4 octobre, rentre le 19, reprend, mais encore vainement, les injections alumineuses ; les trois écoulements persistent, l'état du col utérin restant le même.

Tamponnement du vagin, le 14 décembre; le 22, amélioration manifeste dans la quantité de l'écoulement ; le 31, il a cessé, mais l'état du col n'a pas changé. Des mucosités purulentes et sanguinolentes s'échappent toujours de sa cavité ; d'un autre côté, lorsqu'on comprime le canal de l'urètre d'arrière en avant, on ramène vers le méat urinaire une goutte de pus. Les succès que j'obtenais du tamponnement du vagin me suggérèrent l'idée de l'introduire dans la cavité du col utérin ; il s'agissait seulement de trouver le moyen d'introduction. Une mèche de coton fut placée au sommet d'un stylet boutonné, et l'on tenta de la faire arriver dans la cavité du col, mais cette tentative échoua. Le coton s'arrêtait à l'orifice en glissant sur le stylet ; suspendre ce coton à la fourche *arrondie* du porte-mèche, c'était au moins un essai à faire, il ne réussit pas mieux ; en retirant l'instrument qui pénétrait très-peu, on retirait du même coup le tampon ; il fallait trouver un petit appareil qui réunît les avantages du spéculum et ceux du porte-mèche et qui introduisît d'emblée le tampon jusqu'à l'orifice utérin du col. Voici l'instrument confectionné dans cette vue chez M. Charrière : une canule d'argent, qu'on peut appeler *canule porte-tampon*, est destinée à contenir le coton, elle a la longueur et le volume d'une sonde droite pour l'urètre chez l'homme. Le tube de la canule offre dans toute sa longueur une coulisse qui comprend la cinquième partie environ de sa circonférence, et dans laquelle se meut un porte-mèche aplati terminé à son sommet par une échancrure mousse, et peu marquée. La canule et le porte-mèche qui lui est annexé présentent chacun, vers l'extrémité qui reçoit le tampon, un manche triangulaire qui s'insère perpendiculairement sur l'un et l'autre, en sorte qu'en saisissant le manche de la canule avec la main gauche et celui du porte-mèche avec la droite, on peut les faire mouvoir en sens contraire (Voyez page 167).

Pour se servir de cet appareil, on s'y prend de la manière suivante : Un long fil est attaché à l'extrémité supérieure du tampon ; ce fil est conduit dans le tube à l'aide d'un stylet aiguillé et sert à attirer le coton jusqu'au niveau de l'échancrure du porte-mèche sur laquelle il est ensuite réfléchi comme sur une poulie de renvoi. La canule étant ainsi armée est introduite dans la cavité du col. Le chirurgien saisit le manche du porte-mèche sur lequel il assujettit le fil conducteur, et tandis qu'il retient fixement ce manche, il tire doucement à lui la canule qui abandonne le tampon et le laisse dans la cavité du col; le porte-mèche qui le soutenait est retiré à son tour dans sa coulisse et l'opération se trouve terminée. La cavité du col est exactement et promptement tamponnée de cette façon, qui permet en outre de varier à volonté le volume du tampon, sans qu'il en résulte pour l'opération ni plus de difficulté, ni plus de lenteur (Voyez à la fin de l'article la planche, et l'explication des figures, page 96).

La malade dont il est ici question est la première chez laquelle le tamponnement du col utérin ait été pratiqué ; l'écoulement a d'abord cessé d'être sanguinolent ; réduit à l'état purement muqueux, il est enfin à peu près tari aujourd'hui (11 février). L'érosion du museau de tanche s'est aussi dissipée. L'écoulement urétral est de beaucoup diminué, non douloureux désormais. S'il persiste trop opiniâtrément, ce sera le cas de procéder à mes essais de tamponnement de l'urètre sur lequel je donnerai plus tard le résultat de mes expérimentations.

2° ÉCOULEMENTS LEUCORRHÉIQUES.

L'on a déjà vu ces écoulements compliquant la blennorrhagie céder en même temps que celle-ci au tamponnement. Les deux observations qui suivent les présentent à l'état simple.

Obs. XII. — *Leucorrhée datant de quatorze mois. Guérison en un mois.*

Victoire L....e, âgée de vingt-deux ans, domestique, entrée à l'hôpital le 29 octobre 1840, pour y être traitée d'un écoulement blanc, fluide, d'apparence et de consistance laiteuses, très-abondant, paraissant provenir entièrement des parois du vagin ; cet écoulement existe depuis quatorze mois ; le col de l'utérus est parfaitement sain, son orifice ne livre passage à aucune matière, il est étroit, circulaire, vierge, sans aucune altération apparente.

Injections faites avec la solution d'alun pendant quinze jours, sans aucun résultat.

Le 18 novembre, tamponnement du vagin, pratiqué matin et soir jusqu'au 15 décembre ; dès les premiers jours la quantité de l'écoulement diminue très-sensiblement ; le 30 novembre il est presque entièrement supprimé; cependant l'usage du coton est continué jusqu'au 15 ; à cette époque il n'existe plus aucune trace d'écoulement ; la malade quitte l'hôpital.

Obs. XIII. — *Leucorrhées du col utérin et du vagin ; la première datant de l'enfance, la dernière de deux mois. Guérison de celle-ci en vingt-deux jours.*

Elise B....r, vingt-cinq ans, lingère, non mariée, mère d'un enfant, est affectée depuis son plus bas âge de fleurs blanches formées par un mucus transparent, analogue à du blanc d'œuf. Quelque temps avant son accouchement qui a lieu le 15 septembre 1840, il se manifeste un écoulement de nature différente, mais non blennorrhagique; il n'est point, en effet, épais, jaunâtre, d'apparence et de consistance crémeuse, comme on l'observe dans la vaginite franche, mais très-liquide, entièrement blanc, d'apparence et de consistance laiteuses. C'est encore là de la leucorrhée, mais de la leucorrhée vaginale, distincte par sa nuance de la leucorrhée utérine.

Le tamponnement du vagin est commencé le 19 novembre et continué ensuite tous les jours matin et soir, jusqu'au 12 décembre, époque à laquelle l'écoulement vaginal a cessé entièrement. Il ne reste plus que les fleurs blanches utérines qui sont pour cette femme une sorte d'habitude physiologique.

3° TAMPONNEMENT CONTRE LES LÉSIONS DU COL UTÉRIN.

Obs. XIV. — *Erosion profonde. Guérison en un mois.*

Catherine D....x, trente ans, mère d'un enfant,

est sujette, depuis le mois de septembre 1836, à un écoulement muqueux et purulent, quelquefois sanguinolent, très-abondant. Sur les conseils qui lui sont donnés par des personnes étrangères à l'art, elle prend pendant plusieurs mois, en 1839 et en 1840, de la tisane de salsepareille, et fait des injections dans le vagin avec un liquide de même nature ; mais l'écoulement a continué.

2 octobre 1840, la malade entre à l'hôpital ; le spéculum introduit dans le vagin permet de constater l'état du col ; celui-ci est très-volumineux, inégal, saignant, érodé dans toute son étendue ; cette érosion paraît s'étendre à travers l'orifice utérin dans la cavité du col ; la partie malade, d'apparence fongueuse, est recouverte par un mucus purulent, demi-concret, blanchâtre, ou sanguinolent.

Dès son entrée dans la salle Saint-Clément, la malade est soumise aux injections alumineuses ; ces injections répétées chaque jour suppriment peu à peu l'écoulement qui avait presque entièrement disparu à la fin d'octobre ; mais à cette époque l'état du col n'offrait encore aucune amélioration sensible.

25 novembre, un tampon est introduit dans le vagin à l'aide du spéculum ; sa forme, au lieu d'être cylindrique comme dans le cas où il est employé pour tarir les écoulements fournis par le vagin, est conique; la base du cône est introduite la première, et s'applique sur le col, auquel elle fournit un coussinet, qui le supporte et l'isole des parois du vagin, et des matières irritantes qui séjournent dans ce conduit. Ce mode de tamponnement est renouvelé le soir, et ainsi continué pendant la fin de novembre et tout le mois de décembre ; le 10 décembre on constate une amélioration sensible ; le volume du col est moins considérable, sa surface est moins saignante, l'érosion a diminué d'étendue et se concentre vers l'orifice du museau de tanche.

17. La cicatrisation a fait des progrès plus considérables ; toute la lèvre antérieure est blanche, lisse, sans sécrétion.

28. La lèvre postérieure présente les mêmes caractères ; l'orifice du col perd son apparence fongueuse; il est traversé par une petite quantité de mucus transparent ; la malade sort le 29 décembre.

Obs. xv. — *Erosion profonde du col de l'utérus guérie par le tamponnement du vagin.*

Toussaint Eulalie, vingt-quatre ans, mariée et mère d'une enfant âgée de sept ans, est sujette depuis l'époque de son accouchement à des fleurs blanches, compliquées de douleurs qui occupent le plus souvent l'hypogastre, et quelquefois se propagent vers les lombes, ou à la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs ont pris un caractère plus aigu et plus tenace depuis dix-huit mois ; au mois de mai 1840, la malade a éprouvé plusieurs pertes sanguines ; ces pertes se sont plusieurs fois renouvelées dans le cours des mois suivans. M. Lisfranc appelé par la malade lui donne des soins pendant un an, la touche de temps en temps, mais ne la visite pas au spéculum et prescrit tour-à-tour des saignées, du sirop de grande consoude, des pilules de ciguë, et une décoction de feuilles de plantain avec le sirop de ratanhia. Ce traitement n'apporta aucun soulagement aux douleurs de la malade, et ne fit cesser ni les fleurs blanches qui continuaient à être très abondantes, ni les pertes qui se renouvelaient plus souvent. La malade entre dans la salle Saint-Clément le 13 octobre 1840 ; le lendemain elle est soumise à la visite du spéculum : le col est très-volumineux, son orifice est très-dilaté, les bords qui le circonscrivent sont comme renversés en dehors, ce qui lui donne un aspect infundibuliforme ; toute sa surface est saignante, ulcérée, d'apparence fongueuse; pendant un mois cette altération est combattue par les bains, par des injections faites avec la décoction concentrée de feuilles de noyer répétées chaque matin, par la cautérisation avec le nitrate d'argent, ou avec le nitrate acide de mercure ; malgré ce traitement actif l'état du col ne fut pas sensiblement amélioré.

19 novembre. Les moyens précédents ayant été reconnus infructueux furent abandonnés, et on leur fit succéder le tamponnement du vagin pratiqué deux fois par jour ; le 30 novembre, le col se déterge, il est moins saignant, son érosion paraît plus superficielle ; le 17 décembre son état est beaucoup plus satisfaisant, il n'offre plus l'aspect sanguinolent et fongueux, il ne saigne plus par le contact des valves du spéculum, l'érosion est en grande partie cicatrisée à la surface du col, mais elle conserve encore quelques-uns de ses caractères primitifs autour de l'orifice utérin; il est facile de constater que l'altération a aussi persisté dans la cavité du col ; et cette observation explique comment les fleurs blanches continuent à être abondantes malgré la cicatrisation avancée de sa surface externe. Le 6 janvier, le col paraît revenir à son état normal bien qu'il soit encore un peu volumineux ; mais à l'intérieur son état est demeuré le même ; cet état réclame le tamponnement de la cavité du col, qui pourra faire disparaître simultanément et l'érosion interne, et les fleurs blanches.

Ce tamponnement n'a pu être pratiqué encore ; cette femme, heureuse d'être délivrée de ses douleurs et de ses pertes, a voulu absolument quitter l'hôpital pour quelque temps.

Obs. xvi. *Col volumineux, érodé, saignant. Tamponnement. Guérison.*

Josephine D....x, vingt-huit ans, chapelière, non mariée et sans enfants, est sujette depuis long-temps à des fleurs blanches, c'est-à-dire, à un écoulement de mucosités transparentes, offrant l'apparence et la consistance du blanc d'œuf. Au mois d'avril 1840, elle contracte un écoulement jaunâtre, crémeux, très-abondant, très-douloureux ; les douleurs disparaissent à la fin d'avril ; mais l'écoulement persiste : la malade ne lui oppose aucun traitement ; le 24 septembre, elle se présente à l'hôpital ; le 26, elle est visitée au spéculum. Le col est extrêmement volumineux ; toute sa surface est érodée, saignante, fongueuse, recouverte par une matière jaunâtre, demi-concrète, en partie muqueuse, en partie purulente. La malade fait pendant un mois des injections infructueuses avec l'eau de Barèges.

20 novembre, on commence le tamponnement du vagin ; il est pratiqué une seule fois par jour jusqu'au 25 ; l'amélioration n'est pas sensible ; les jours suivants, il est pratiqué soir et matin; alors elle se manifeste et marche si rapidement que le 5 décembre l'écoulement est presque nul, si on le compare à celui qui existait depuis sept mois. La surface du col, cependant, ne paraît pas modifiée, en sorte que le tamponnement fut continué dans le but de le ramener à son état normal. Le 15, son volume paraît un peu moins considérable ; sa surface est moins inégale et moins saignante ; l'érosion semble plus superficielle, moins étendue, plus concentrée autour de l'orifice utérin. Le 30, l'érosion offre beaucoup moins d'étendue ; une grande partie de la surface du col est revenue à son état naturel ; le 9 janvier la guérison est complète.

Je terminerai ce que j'ai à dire pour le moment des effets du coton cardé sur les sécrétions morbides des muqueuses par une dernière observation relative à un écoulement des plus graves du rectum, et qui démontre, comme je l'ai dit en commençant, de quelle utilité peut être cette méthode de traitement dans ces circonstances.

Obs. XVII. — Josephine Le....x, vingt-cinq ans, domestique, a eu il y a cinq ans un écoulement blennorrhagique qui s'est terminé assez promptement, dit-elle, sous l'influence d'injections faites avec un liquide dont elle ignore absolument la composition ; et depuis elle assure n'avoir pas contracté de nouvelle affection syphilitique.

Il y a quatorze mois, les règles cessent de couler ; des douleurs éclatent dans les environs de l'anus et s'étendent profondément vers le sacrum ; en même temps un écoulement se déclare par l'anus ; il est d'abord peu abondant, blanchâtre, mêlé de sang, et s'accompagne d'ardeurs et de constipation opiniâtre.

Huit jours après l'apparition de cet écoulement, les douleurs deviennent beaucoup plus vives, plus étendues, les selles continuent d'être douloureuses et très-rares ; elles n'ont lieu que tous les dix jours, et seulement à l'aide des lavements que la malade redoute beaucoup, tant l'introduction de la canule est pénible à supporter.

La tuméfaction de la région anale se propage vers les grandes lèvres et surtout à la fesse droite qui acquiert un volume considérable ; toutes ces parties sont parcourues par des douleurs gravatives lancinantes ; alors l'écoulement devient extrêmement considérable et présente une couleur sanieuse formée par le mélange du pus et du sang. Pendant trois mois, le gonflement de la fesse droite et de l'anus, l'abondance de l'écoulement, les élancements, la difficulté de la défécation ont existé à ce degré extrême. M. Ricord fut alors consulté ; il prescrit du sirop de Cuisinier, des pilules dont la composition est inconnue de la malade, et des bains quotidiens ; après trois mois de ce traitement, M. Ricord croyant sans doute à l'existence d'une fistule, propose l'opération qui est acceptée. Tout est préparé, mais au moment d'opérer M. Ricord introduit son doigt dans le rectum, et après l'avoir exploré déclare qu'il n'y a pas lieu à faire d'opération, et qu'il y a là une affection cancéreuse ; il insiste sur le traitement déjà suivi et ajoute le conseil d'envoyer la malade respirer l'air des champs. Ce qui fut fait ; elle passa quatre mois à Saint-Germain. Le 15 octobre 1840, elle entra à l'hôpital de l'Ourcine. Elle était alors pâle, maigre et offrait tous les signes d'un épuisement avancé. Visitée le 18, voici ce qu'on constate : toute la peau de la partie interne des fesses est rouge, livide, un peu œdémateuse ; l'anus est déformé, d'un diamètre considérable, bordé de carnosités épaisses, alongées et bosselées. Toutes ces parties sont baignées par une humeur abondante et sanieuse. Le doigt indicateur introduit dans le rectum découvre des désordes étendus; à six ou huit centimètres au-dessus de l'anus, est un orifice assez régulier dans lequel le doigt pénètre facilement et dont la circonférence résistante est d'ailleurs sans dureté et sans inégalité ; entre cet orifice et l'anus, est un vaste clapier à parois anfractueuses appuyé en arrière au sacrum et limité en avant par le vagin. L'écoulement qui s'en échappe est mal lié, roussâtre, quelquefois sanguinolent, mais n'a cependant jamais eu les caractères d'une hemorrhagie.

24, c'est-à-dire, le neuvième jour à dater de son entrée, les prolongements irréguliers qui bordent l'anus et qui s'opposent à la libre excrétion des matières stercorales, sont complètement excisés. Après cette opération, les selles, jusqu'alors rares et douloureuses, sont devenues faciles et indolentes. La malade est mise à un régime tonique, et sous l'influence de ce régime, des soins d'une propreté minutieuse, de lavements émollients et de bains répétés, son état général s'est considérablement amélioré dans l'espace de deux mois. Elle avait repris un certain embonpoint, son teint était coloré, elle pouvait se promener pendant la plus grande partie de la journée ; seulement l'écoulement sanieux de l'anus continuait à être très-abondant et fatigant pour la malade. Je recommandai alors le tamponnement avec le coton cardé qui a été fidèlement exécuté pendant tout le mois de janvier. Au commencement de février, voici l'amélioration obtenue : la peau qui avoisine l'anus est moins livide, la rougeur œdémateuse se propage autour de cet orifice dans un rayon moins étendu ; le doigt introduit dans le rectum constate un rapprochement sensible des parois du clapier dont les inégalités sont bien moins prononcées; l'orifice qui le termine supérieurement n'est plus guères éloigné que de trois centimètres de l'anus ; il était comme suspendu, il y a trois mois, au haut du clapier ; il se continue actuellement d'une manière manifeste avec ses parois ; mais l'écoulement continue à être abondant, et la malade est obligée de répéter le tamponnement toutes les dix minutes pour donner issue à l'humeur purulente.

Ces premiers résultats étaient de nature à inspirer confiance dans le traitement par le tampon. C'est pourquoi j'ai voulu en surveiller avec soin l'application, et à partir du 2 février, elle n'est plus confiée à la malade. Le tamponnement est désormais pratiqué régulièrement deux fois par jour. Le coton n'est plus seulement placé à l'entrée de l'anus, mais profondément enfoncé dans le rectum. En une semaine, de grands changements ont déjà eu lieu : la malade garde aujourd'hui le tampon six heures, et la quantité de l'écoulement a tellement diminué, qu'elle évalue cette diminution à plus de moitié.

Cette observation mérite d'arrêter l'attention sous un grand nombre de rapports. Je ne signale ici que le côté thérapeutique.

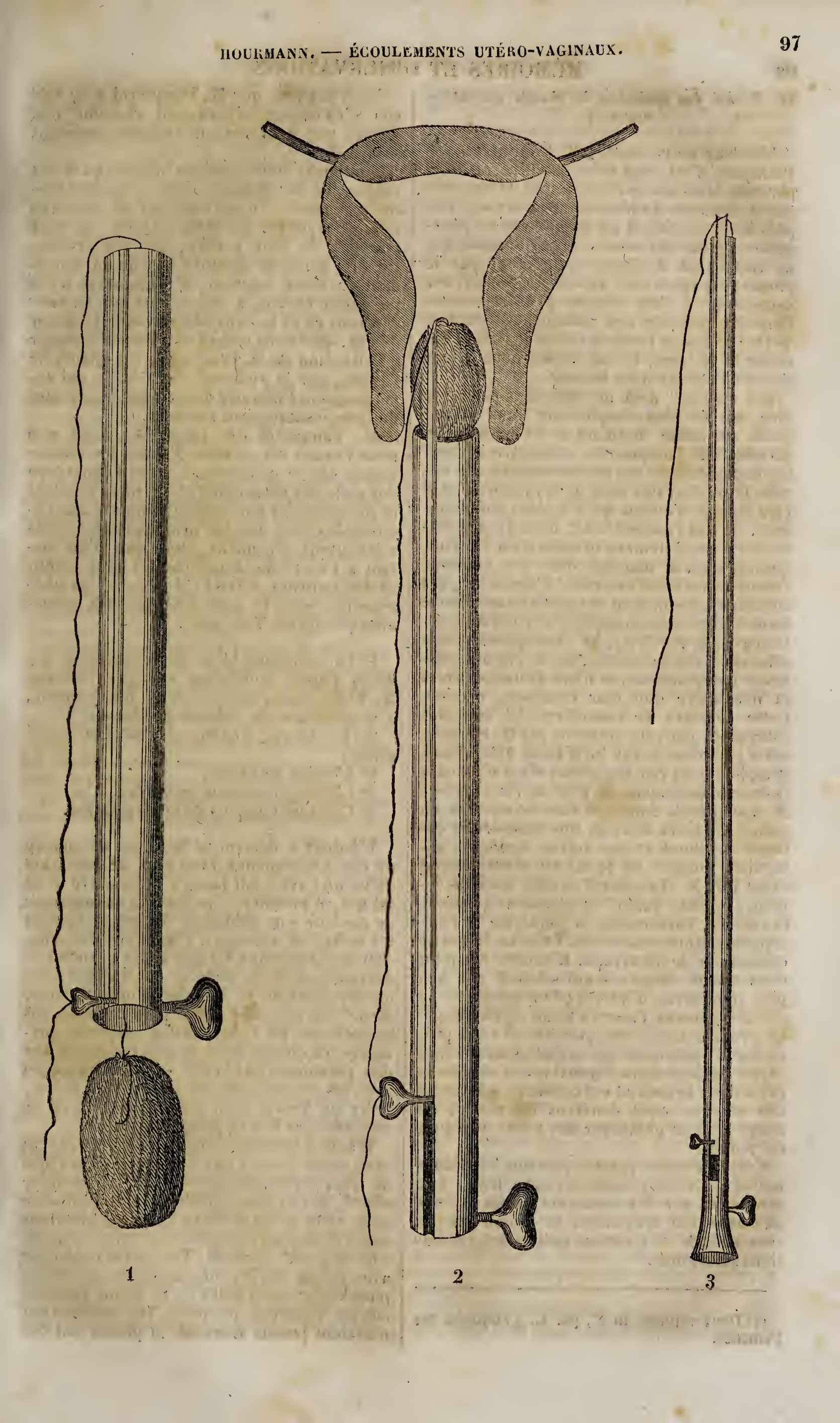
Explication de la planche.

N° 1er. Canule porte-tampon considérablement grossie. Le tampon n'est point encore dans son intérieur; le fil qui le suspend y a seul pénétré.

N° 2. Canule porte-tampon considérablement grossie. Le tampon a traversé le tube, et remplit la cavité du col utérin où il est encore soutenu par le porte-mèche qu'on a fait glisser de bas en haut dans sa coulisse.

N° 3. Canule porte-tampon *armée*, et réduite à ses proportions naturelles.

Hourmann,
Médecin de l'hôpital de l'Oursine.


1
2
3

II. Traité des maladies de plomb ou saturnines (1).

L'auteur de ce traité, M. Tanquerel des Planches, s'est déjà fait connaître en 1834 par une très-bonne dissertation inaugurale sur la paralysie de plomb, ou saturnine. Depuis cette époque, il n'a point cessé de poursuivre l'étude des nombreuses questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le plomb; et, après huit années de recherches soutenues, il s'est décidé à entreprendre l'histoire générale des maladies saturnines. Tel est le but de l'ouvrage dont il vient d'enrichir la science, et sur lequel nous allons appeler l'attention du lecteur.

Cet ouvrage, nous ne craignons pas de le dire, est le plus complet que nous possédions sur cette branche de la pathologie. En effet, M. Tanquerel a su mettre à profit les documents de ses prédécesseurs, il a vérifié la plupart des faits qu'il rapporte, et il en a signalé d'autres qui n'étaient point connus, ou qui l'étaient mal; mais ce qui distingue principalement le travail de M. Tanquerel, c'est la manière dont il a envisagé l'empoisonnement saturnin. D'après lui, cet empoisonnement peut se traduire sous quatre formes bien déterminées : la colique, l'arthralgie, la paralysie, et l'encéphalo-pathie saturnine. Ces affections, dit-il, ont une existence indépendante, et n'ont de rapport réel et nécessaire que leur commune origine. Cette manière de considérer les maladies saturnines avait été entrevue par les auteurs; mais personne avant lui n'avait ainsi décrit complétement ces maladies; c'est d'ailleurs là dessus que repose le plan de l'ouvrage de M. Tanquerel. Ainsi, au lieu de décrire en même temps et dans un seul chapitre la colique de plomb et les autres accidents saturnins, comme on le faisait généralement avant lui, M. Tanquerel étudie successivement, et dans autant de chapitres séparés, la colique, l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalo-pathie saturnines. Telle est la partie essentielle de l'ouvrage. L'auteur y a joint deux autres chapitres qui ne sont pas non plus dépourvus d'intérêt; l'un est placé au commencement, l'autre à la fin de l'ouvrage. Le premier traite des phénomènes qui précèdent l'apparition des maladies saturnines et qui caractérisent l'intoxication saturnine primitive; le second est consacré à l'exposé des moyens qu'il convient de mettre en usage pour se préserver des effets toxiques du plomb.

Cette dernière partie renferme des documents qui seront consultés avec fruit, non seulement par les médecins, mais encore par ceux qui travaillent le plomb ou qui sont obligés de vivre au milieu des émanations saturnines.

(1) Deux volumes in-8°, par L. Tanquerel des Planches.

Nous pensons que M. Tanquerel a eu raison d'examiner séparément chacune des formes que peut revêtir l'empoisonnement saturnin.

Toutefois, nous aurions desiré qu'il eût commencé par exposer dans des considérations générales ce qu'elles ont de commun sous le rapport de leurs causes, de leur marche, de leur nature, de leur pronostic, etc. Nous ne doutons pas qu'en procédant de cette manière M. Tanquerel n'eût pu éviter certaines répétitions qui se rencontrent çà et là dans son ouvrage. Ce léger défaut, que nous avons cru devoir signaler à l'attention de M. Tanquerel, est effacé, je l'avoue, par la richesse des détails qui accompagnent l'histoire de chacune des formes de l'empoisonnement saturnin.

M. Tanquerel des Planches, ainsi que nous l'avons dit, étudie d'abord les phénomènes qui se manifestent avant l'apparition des maladies saturnines et qui nous révèlent la présence des molécules de plomb dans l'économie, alors que les principales fonctions s'exécutent librement, alors que d'un instant à l'autre les accidents les plus formidables peuvent éclater; il désigne ces phénomènes sous le nom d'intoxication saturnine primitive. Tels sont :

1° La coloration bleue des gencives et des dents (cette coloration est due, comme M. Tanquerel s'en est assuré directement, à la présence du sulfure de plomb);

2° La saveur, l'odeur et l'haleine saturnines;

3° L'ictère saturnin;

4° L'amaigrissement saturnin;

5° Certains troubles de la circulation.

L'auteur a déterminé la valeur de chacun de ces phénomènes avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. En outre, c'est lui qui, le premier, a indiqué le changement de couleur que subissent les gencives chez les individus exposés à l'influence des émanations saturnines. Ce fait a une grande importance au lit du malade, car il résulte des observations de M. Tanquerel que la teinte bleue des gencives est le plus commun des symptômes de l'intoxication saturnine primitive, et qu'elle ne se rencontre jamais sur des personnes qui n'ont eu aucun rapport avec les préparations de plomb. MM. Rayer, Bally et Andral sont du même avis, et de mon côté j'ai fait la même remarque.

D'autres substances que le plomb peuvent sans doute donner aux dents une teinte brune plus ou moins foncée qui, au premier abord, serait susceptible d'être confondue avec celle qu'on observe chez les individus dont l'économie a absorbé une certaine quantité de plomb; mais M. Tanquerel remarque avec raison que les substances étrangères au plomb n'agissent point de la même manière sur les gencives. Du reste, 785 malades qui n'avaient jamais travaillé le plomb ont été

examinés à cet effet par M. Tanquerel, et pas un seul ne lui a présenté réunies la coloration brunâtre des dents et la coloration ardoisée des gencives. Aussi l'auteur n'hésite pas à établir qu'en l'absence d'autres renseignements ce signe peut mettre le praticien sur la voie de découvrir la nature des accidents qui se passent sous ses yeux.

Immédiatement après l'étude des signes de l'intoxication saturnine primitive, M. Tanquerel aborde l'histoire des maladies saturnines elles-mêmes. Ces affections ne sont pas également fréquentes. L'auteur indique dans le tableau suivant leur fréquence relative :

Colique,	1,217 cas.
Arthralgie,	0,755
Paralysie,	0,127
Encéphalo-pathie,	0,072

Ce tableau nous montre que sur 14 individus atteints de maladies saturnines douze à peu près sont affectés de coliques, huit d'arthralgie, deux de paralysie, un d'encéphalo-pathie. Il résulte également des observations de M. Tanquerel que la colique accompagne souvent les autres formes de l'empoisonnement saturnin, et que cependant elle a manqué dans 276 cas.

Quoique la colique de plomb ne soit que l'une des formes de l'empoisonnement saturnin, cependant, comme elle est la plus fréquente, et que d'ailleurs elle précède souvent les autres, M. Tanquerel l'examine en premier lieu. Il étudie ensuite, et dans l'ordre de leur fréquence, l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalo-pathie saturnines.

M. Tanquerel définit la colique saturnine une névralgie des organes digestifs et urinaires produite par l'introduction et l'absorption du plomb à l'état moléculaire dans l'économie. Puis il fait suivre cette définition d'un exposé sommaire des principaux caractères de la colique de plomb.

M. Tanquerel établit par ce moyen une ligne de démarcation bien tranchée entre cette espèce de colique et les coliques qui reconnaissent pour cause d'autres substances que les préparations de plomb. Il passe ensuite en revue les travaux de ses prédécesseurs sur la colique de plomb. Il indique avec soin, dans cet historique, les progrès que l'étude de cette maladie a faits, aux différentes époques de la science, depuis le temps d'Hippocrate jusqu'à ce jour. Aucun travail important n'a été omis par M. Tanquerel.

Les recherches historiques auxquelles il s'est livré lui ont bientôt appris que l'un des motifs qui ont le plus contribué à répandre de l'obscurité sur la colique de plomb, c'est l'ignorance des nombreuses circonstances qui favorisent l'action du plomb sur l'économie. Ainsi, à l'époque où l'analyse chimique était peu avancée, on devait bien souvent méconnaître les caractères de la colique saturnine. D'un autre côté, cette maladie ne pouvait manquer d'échapper à l'attention des observateurs qui croyaient que les molécules de plomb ne pénètrent dans l'économie que par les voies digestives.

Or, on sait depuis long-temps que la colique saturnine se développe bien souvent sans que les préparations de plomb soient directement portées dans les organes digestifs. Mais jusqu'à quel point le contact du plomb avec telle ou telle région du corps peut-il être suivi des symptômes de l'empoisonnement saturnin? Cette question a été traitée par M. Tanquerel avec beaucoup de détails. Il résulte des observations qu'il a recueillies chez l'homme, et des expériences qu'il a faites sur les animaux, que le plomb peut donner naissance à la colique saturnine en s'introduisant dans l'organisme par les voies aériennes et digestives, par les membranes muqueuses oculaire, vaginale et par la peau dépouillée de son épiderme ou par toute surface douée de la faculté d'absorber.

Mais, suivant M. Tanquerel, la peau, munie de sa couche épidermique, ne paraît pas absorber une suffisante quantité de plomb pour produire l'empoisonnement saturnin. On cite sans doute quelques observations qui tendent à établir que la colique de plomb a été la suite du contact de ce métal avec la peau couverte de son épiderme ; mais qui ne sait que chaque jour les préparations saturnines sont appliquées par les chirurgiens sur cette enveloppe sans qu'il en résulte aucun accident.

Cela posé, M. Tanquerel indique les professions qui donnent naissance à la colique de plomb. Ses recherches lui ont appris que les ouvriers des fabriques de blanc de céruse (carbonate de plomb) sont ceux qui fournissent le plus de malades affectés de colique saturnine. Viennent ensuite les peintres en bâtiments; les broyeurs de couleurs; les ouvriers des fabriques de minium; les potiers de terre; les ouvriers des fonderies de caractères d'imprimerie; les peintres en voitures. Enfin les doreurs sur bois, les fondeurs de bronze, les parfumeurs se trouvent parmi ceux qui ont fourni le moins de malades atteints de colique de plomb. Quoi qu'il en soit, M. Tanquerel est toujours parvenu à découvrir que les individus chez lesquels il a rencontré la colique saturnine s'étaient trouvés en contact avec le plomb d'une manière quelconque. « Aussi, dit-il, toutes les fois qu'on verra une maladie du ventre qui aura la même physionomie que celle produite par le plomb, quand bien même on ne découvrirait pas de suite la cause toxique, qu'on se garde bien de prononcer qu'on n'a pas affaire à une affection saturnine ; car, à force d'investigations, on finira toujours par découvrir que le malade s'est trouvé d'une manière quelconque en contact avec le plomb. »

M. Tanquerel se livre ensuite à des considérations d'un haut intérêt sur chacune des

professions dans lesquelles la colique de plomb peut prendre naissance. Cette partie forme près de cent pages, et est traitée avec avec un grand soin. Après avoir fait connaître les circonstances au milieu desquelles l'homme éprouve le contact des molécules saturnines, après avoir dit quelques mots de l'influence des prédispositions sur le développement de la colique de plomb, M. Tanquerel aborde l'histoire des symptômes de cette maladie. Il expose successivement chacun des phénomènes qu'on observe chez les individus qui en sont affectés; il en indique les variétés avec détail; puis il signale les affections qui peuvent compliquer la colique de plomb. D'après l'auteur, elle existe rarement seule, le plus souvent elle est accompagnée, précédée ou suivie de l'une des maladies qui dépendent de l'introduction du plomb dans l'organisme.

Ainsi l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalo-pathie saturnines compliquent fréquemment la colique de plomb. Des maladies étrangères à l'influence des émanations saturnines peuvent également s'observer chez les individus atteints de la colique de plomb. Celles qui méritent surtout de fixer l'attention du praticien sont les affections du tube digestif et des voies urinaires.

La colique de plomb a une durée plus ou moins grande, suivant son degre d'intensité, le traitement mis en usage, et d'autres circonstances.

Abandonnée à elle-même, elle dure ordinairement douze ou quinze jours; mais elle peut se prolonger davantage. Le traitement en abrège la durée; ainsi l'emploi des purgatifs drastiques la fait cesser dans l'espace de trois ou quatre jours. Au début, on peut même, à l'aide de ces remèdes, juguler la maladie.

M. Tanquerel ne s'est pas contenté d'étudier la marche et la durée de la colique de plomb dans les cas où cette maladie existe seule. Il nous a fait connaître quelle est sa marche, lorsque d'autres affections viennent la compliquer.

Arrivant ensuite au diagnostic de la colique de plomb, l'auteur est entré sur ce sujet dans des développements fort étendus et pleins d'intérêt. Il a passé en revue les maladies qui peuvent être confondues avec cette espèce de colique, et, dans un parallèle qui nous a parn très-bien fait, il nous a montré en quoi ces affections diffèrent les unes des autres. D'après M. Tanquerel, on doit puiser les sources du diagnostic dans les données étiologiques, les maladies saturnines antécédentes, les phénomènes d'intoxication saturnine primitive, et enfin dans l'étude des accidents abdominaux qui caractérisent la colique de plomb et qui lui impriment un cachet particulier. «Aussi, dit-il, cette espèce de colique ne ressemble complètement à aucune maladie du ventre, elle a une physionomie tout-à-fait spéciale; c'est de l'ensemble des signes, de leur enchaînement, de leur marche qu'on peut déduire les bases du diagnostic de la colique de plomb.»

L'auteur insiste d'une manière particulière sur la question de savoir si les coliques dites végétales sont distinctes de la colique de plomb. Dans le but d'éclaircir cet intéressant problème, il s'est adressé aux médecins qui habitent les contrées où règne la colique végétale. MM. Vasse, Havard, Alfaro, Thomson et de Beaumont lui ont fourni des renseignements sur la colique végétale de Normandie, du Poitou, de Madrid, de Devonshire et des Indes. Muni de ces documents, M. Tanquerel s'est cru autorisé à conclure que dans l'état actuel de la science, et jusqu'à plus ample informé, la colique végétale, dite de Normandie, du Poitou, etc., doit être rattachée à la colique de plomb. Les raisons alléguées par l'auteur donnent à cette opinion un haut degré de probabilité. Aussi, sans nier que les symptômes de la colique saturnine ne puissent jamais dépendre d'une cause étrangère à l'influence des émanations de plomb, nous admettons avec M. Tanquerel que, dans l'état actuel de la science, aucun fait authentique ne démontre qu'il en soit ainsi. Du reste, la solution de cette question réclame de nouvelles recherches.

Depuis l'impression de l'ouvrage de M. Tanquerel, un des médecins les plus distingués de Madrid, M. Hysern, a lu un travail fort intéressant sur la colique végétale de Madrid. L'auteur de ce mémoire a eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie. Il a discuté avec beaucoup de soin les causes qui peuvent lui donner naissance, et il est porté à admettre que la colique de Madrid est le plus souvent déterminée par les molécules de plomb.

Toutefois, M. Hysern reconnaît que dans quelques cas il ne lui a pas été possible de découvrir l'origine de la maladie.

Le plomb s'introduit dans l'organisme de tant de manières différentes que certains individus ont éprouvé l'action de ce métal sans en avoir le plus léger soupçon.

J'ai rencontré à l'hôpital de la Charité un individu chez lequel on eût pu croire que les accidents avaient été produits par une autre cause que les molécules de plomb; et cependant un examen attentif du malade nous fit bientôt découvrir le contraire.

Cet individu était un marin, il avait fait plusieurs fois le voyage de Cayenne. Il eut trois atteintes de colique dite végétale avec des symptômes analogues à ceux qui caractérisent la colique de plomb. Deux ans après, il s'aperçut qu'il avait de la difficulté à mouvoir les poignets, et au bout de quelques jours il avait une paralysie des muscles extenseurs de la main, sans perte du sentiment, sans aucun autre trouble fonctionnel.

L'analogie de cette affection avec la paralysie saturnine nous fit d'abord soupçonner que le malade avait été soumis, il y a quel-

ques années, à l'action du plomb. Mais nous l'interrogeâmes en vain sur ce sujet, il nous répondit constamment qu'à aucune époque il ne s'était trouvé en rapport avec les émanations de plomb. Manquant de renseignements, nous procédâmes à l'examen du malade, et nous aperçûmes vers le bord libre des gencives le liseré bleu, ardoisé, qui se remarque, ainsi que M. Tanquerel l'a signalé le premier, chez les individus dont l'économie a absorbé une certaine quantité de plomb. Ce seul phénomène ne laissa point de doute dans notre esprit sur l'origine de la maladie. Evidemment nous avions affaire à une paralysie saturnine.

M. Tanquerel termine la partie relative au diagnostic par l'exposé des caractères qui distinguent la colique saturnine des névroses du ventre, de l'inflammation des organes abdominaux, des hernies, de l'iléus, de la colique vermineuse, de la colique stercorale, de la colique néphrétique. Ces divers points sont traités avec talent et dénotent dans M. Tanquerel une grande habileté clinique.

Après avoir indiqué les divers modes de terminaison de la colique de plomb, après avoir fait connaître, à l'aide de relevés statistiques, quelles sont les chances de guérison ou de mort qui existent chez les individus atteints de cette espèce de colique, M. Tanquerel aborde l'étude des altérations anatomiques.

Plusieurs auteurs ont dit que la colique de plomb laisse après elle des traces de plegmasie dans les intestins. Telle est l'opinion de Henkel, Zeller, Bordeu, Desbois de Rochefort, Broussais, Renauldin, Palais, Canuet, etc. D'un autre côté, MM. Mérat, Lherminier, Andral, Orfila, Chomel, Louis, etc., n'ont trouvé aucune trace d'inflammation chez les individus morts des suites de la colique de plomb. L'examen le plus attentif de l'intestin n'a révélé aucun changement appréciable dans cet organe, et lorsqu'on y a rencontré des lésions, elles n'avaient rien de particulier à la colique de plomb. Le seul phénomène qui s'observe avec assez de fréquence dans cette maladie, c'est le tassement ou le retrait du paquet intestinal, et encore n'a-t-il existé que dans le tiers des cas. Aussi M. Tanquerel conclut avec raison que la colique de plomb n'est point produite par des altérations anatomiques appréciables à nos sens, et que ces altérations sont un effet et non la cause des accidents observés pendant la vie.

Lorsqu'il s'agit d'une affection produite par une substance toxique, il importe d'en rechercher la présence dans l'organisme. C'est pour atteindre ce but que l'on a soumis à l'analyse chimique les liquides et les solides de l'économie. M. Tanquerel a eu soin de nous indiquer les résultats de ce mode d'investigation.

Hoffmann (*de Metallurgia*), en parlant des accidents développés par les émanations saturnines, rapporte qu'on a constaté la présence du plomb dans les urines des individus affectés de colique de plomb.

Wilson et Dubois ont avancé qu'on apercevait des traces de plomb sur la muqueuse intestinale; mais aucun auteur n'a confirmé cette observation.

MM. Mérat et Barruel ont examiné les urines et les excréments, et ils n'y ont trouvé aucune trace de plomb. Il fallait rechercher la présence du plomb dans le sang et dans les autres organes où l'absorption peut le déposer.

Tiedemann et Gmelin disent l'avoir retrouvé dans les veines mésaraïques des animaux auxquels ils ont fait avaler de l'acétate de plomb.

Les recherches de M. Chevalier ne lui ont point révélé la présence du plomb, soit dans le sang, soit dans les urines.

M. Devergie a soumis à l'analyse chimique l'estomac, les intestins, les fécès, la vésicule biliaire, les reins, la vessie, les poumons, le cerveau, les muscles, le sang. Tous ces organes et le sang lui-même ont donné des traces de plomb et de cuivre. M. Devergie est d'avis qu'une partie du plomb provenait de l'ingestion du plomb dans l'économie. Ce métal existait en proportion beaucoup plus forte que dans l'état normal.

L'intestin surtout en contenait une très-grande proportion.

Nous espérons que de nouvelles recherches viendront confirmer celles de M. Devergie.

M. Tanquerel se livre à une discussion fort étendue dans le but de déterminer le siége et la nature de la colique de plomb. Suivant lui, les symptômes de la colique saturnine se réduisent à une exaltation de la sensibilité et à une perversion de la contractilité et des sécrétions des organes du ventre. Or, dit-il, c'est le système nerveux ganglionnaire qui leur porte le sentiment et le mouvement; c'est donc dans le grand sympathique qu'il faut placer le siége de la lésion qui produit la colique de plomb. L'auteur s'efforce ensuite de démontrer que cette affection est de nature névralgique. Cette opinion est partagée par la plupart des observateurs modernes. Ainsi MM. Andral, Grisolle, Ranque, etc., placent le siége de la colique de plomb dans le grand sympathique, et ils pensent aussi qu'elle est de nature névralgique. Toutefois, ils admettent que le tronc rachidien est lui-même intéressé dans cette affection.

D'autres opinions ont été émises sur ce sujet.

Astruc et Sauvages pensent que la colique de plomb a son siége dans la moelle épinière; Laënnec, MM. Serres, Barbier d'Amiens, etc., ont adopté l'opinion d'Astruc sur le siége présumé de la colique saturnine.

J'avoue que la lésion du grand sympathique seul ne nous explique pas tous les symptômes de la colique de plomb, et je suis dis-

posé à admettre que dans ce cas le plomb influence simultanément le grand sympathique et la moelle épinière.

Ce qui nous porte à croire qu'il en est ainsi, c'est que la colique saturnine s'accompagne fréquemment de douleurs dans les lombes et dans les membres qui paraissent liées à une affection du cordon rachidien. D'un autre côté, les médicaments qui agissent sur cet organe font souvent cesser la constipation qui accompagne la colique de plomb et procurent aux malades un soulagement marqué. Il résulte, en effet, des recherches de M. Serres que la noix vomique peut être donnée avec avantage dans plusieurs cas de constipation opiniâtre, et que la même substance réussit dans la colique de plomb. J'ai été témoin de la promptitude avec laquelle la teinture alcoolique de noix vomique dissipe la colique de plomb, et rétablit le cours des matières fécales. S'il en est ainsi, je ne pense pas qu'on puisse placer le siége de la colique de plomb dans le grand sympathique exclusivement. Nous ignorons, dans l'état actuel de la science, quel est le véritable siége de la colique de de plomb; sa nature nous est également inconnue. Tout ce que nous savons à cet égard, c'est qu'elle paraît dépendre d'une lésion de la moelle épinière et du grand sympathique. Cette lésion se rapproche sans doute beaucoup des névralgies, mais il y a autre chose qu'une névralgie dans la colique de plomb. S'il en était ainsi, la noix vomique ferait-elle cesser les douleurs abdominales en excitant la contraction des intestins? Je ne le pense pas. Convenons donc que la lésion du système nerveux nous est inconnue dans sa nature, au lieu d'émettre de simples hypothèses. Toutefois, M. Tanquerel a eu raison de s'élever contre l'opinion des médecins qui veulent que la colique de plomb soit due à une phlegmasie du tube digestif. Cette opinion ne repose sur aucun fait bien observé, et elle doit nécessairement servir de base à une thérapeutique vicieuse.

M. Tanquerel indique les diverses autres opinions qui ont été émises sur le siége et la nature de la colique de plomb.

Nous ne le suivrons pas dans l'examen qu'il a fait de chacune de ces opinions; nous nous bornerons à dire que l'accumulation des matières fécales dans les intestins nous paraît, ainsi qu'à M. Tanquerel, un effet de la lésion du système nerveux; mais nous pensons qu'une fois produite elle concourt à accroître les souffrances des malades. Ce qui tend à établir que les choses se passent de cette manière, c'est le calme qui succède à l'emploi des purgatifs et de toutes les médications capables de réveiller les contractions intestinales.

M. Tanquerel aborde enfin l'histoire du traitement de la colique de plomb, il examine les différentes médications préconisées contre cette maladie, et il essaie d'en apprécier la valeur respective. Il s'occupe en premier lieu du traitement chimique. Ce traitement consiste dans l'emploi de substances qu'on a supposées jouir de la propriété de neutraliser les molécules de plomb. Pour atteindre ce but, on a mis en usage la limonade sulfhydrique, l'alun, la limonade sulfurique, le mercure et le plomb. La limonade sulfhydrique, conseillée par MM. Rayer et Chevalier, n'a point répondu aux espérances qu'ils en avaient conçues; aussi ont-ils bientôt renoncé à l'emploi de ce moyen.

La limonade sulfurique a été conseillée par M. Mosley, et ensuite par M. Gendrin dans la colique de plomb.

M. Gendrin rapporte qu'il a guéri plus de trois cents malades à l'aide de cette limonade. La dose d'acide sulfurique est de deux grammes, quarante centigrammes dans cinq cents à mille grammes d'eau convenablement sucrée et renfermée dans des vases de verre. M. Tanquerel, s'appuyant des expériences faites à ce sujet par MM. Andral, Dalmas et Sandras, regarde la limonade sulfurique comme un moyen peu efficace.

Son opinion est d'ailleurs partagée par MM. Bally et Piorry. J'ai de mon côté administré la limonade sulfurique à six malades affectés de la colique de plomb à des degrés plus ou moins intenses; dans aucun cas je n'ai vu cette boisson apporter un soulagement notable aux souffrances des malades. La constipation s'est montrée opiniâtre chez tous, et pour la faire cesser nous avons été obligés de recourir aux purgatifs.

L'alun a été préconisé par M. Kapeler à la dose de quatre à six grammes. Ce remède, d'après M. Tanquerel, ne jouit pas d'une plus grande efficacité que la limonade sulfurique.

M. Tanquerel ne nous semble pas avoir apprécié à sa juste valeur un remède que M. Serres a le premier conseillé dans la colique de plomb. Je veux parler de la teinture alcoolique de noix vomique. D'après M. Tanquerel, cette substance, administrée à quatorze malades, ne leur a point procuré de soulagement marqué. On l'a donnée à la dose de trente gouttes dans cent quatre-vingts grammes d'eau de guimauve. Un ou deux lavements étaient administrés suivant l'intensité de la colique. Nous ferons observer que l'on n'a pas suivi exactement la méthode de M. Serres. En effet, ce praticien habile ne se contente pas de donner la teinture de noix vomique en lavement, il en fait prendre en potion et il fait couvrir le ventre de cataplasmes arrosés de teinture de noix vomique. Sous l'influence de ce remède les malades ne tardent pas à avoir une ou plusieurs évacuations alvines, et à éprouver du soulagement. J'ai été quelquefois, je l'avoue, fort étonné des effets de la noix vomique dans la colique de plomb.

M. Tanquerel considère le traitement par les évacuants comme devant mériter la préférence. Les anti-phlogistiques conseillés par Dehaen, Hoffmann, Bordeu, Tronchin, Bos-

quillon, Broussais, Renauldin, Canuet et Palais sont utiles pour combattre les accidents inflammatoires qui peuvent compliquer la colique de plomb. Mais quand cette maladie existe seule, elle éprouve peu de changements après l'emploi de cette méthode. Mes observations sont en harmonie avec celles de M. Tanquerel. Je n'ai vu les émissions sanguines diminuer l'intensité des douleurs abdominales que dans les cas où la colique de plomb était accompagnée des signes d'une phlegmasie intestinale; dans le cas contraire, la douleur persistait avec la même intensité après l'emploi des anti-phlogistiques; pour la faire cesser, on était obligé de recourir à une autre médication.

Les opiacés méritent-ils les éloges qui leur ont été donnés par Citois, Tronchin, Dehaen, Stoll, Payen, Luzuriaga, Wolff, Bricheteau, Bouvier, Martin Solon, etc? Tout en reconnaissant que l'opium jouit de la vertu de calmer les douleurs dans la colique de plomb, M. Tanquerel admet avec raison que ce médicament est incertain dans ses effets. Aussi donne-t-il la préférence à la méthode purgative. Il résulte d'un grand nombre de faits que de toutes les médications employées dans la colique de plomb, les purgatifs sont sans contredit les plus efficaces. Ils réussissent bien souvent là où d'autres remèdes ont échoué.

Mais il y a un choix à faire dans les purgatifs. M. Tanquerel expose les effets produits par le traitement de la Charité; les lavements purgatifs, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, l'huile de croton tiglium; et après avoir étudié le mode d'action de ces divers remèdes, il conclut que l'huile de croton tiglium lui paraît mériter la préférence.

Cette substance est employée presque exclusivement par les médecins de la Charité, qui, comme on le sait, reçoit un si grand nombre de malades affectés de colique de plomb.

M. Tanquerel conseille de donner l'huile de croton tiglium à la dose d'une goutte dans une cuillerée de tisane, qu'on peut répéter une ou deux fois dans la journée, si la première goutte n'est suivie d'aucun résultat. Quand les malades vomissent le médicament, ce qui arrive assez souvent, M. Tanquerel recommande de faire prendre l'huile de croton en lavement, à une dose double de celle prescrite pour la bouche.

Les lavements purgatifs doivent être administrés en même temps que l'huile de croton si ce remède ne produit ni selles ni vomissements.

J'ai fait usage de l'huile de croton dans une vingtaine de cas. Ce moyen m'a réussi le plus souvent; mais, je dois le dire, ses effets ont été moins prompts que ceux du traitement de la Charité.

L'huile de croton en pilules agit plus sûrement que si elle est donnée sous forme liquide, parce qu'elle est vomie moins souvent dans le premier cas que dans le second.

Fidèle au plan qu'il s'est tracé, l'auteur fait suivre l'histoire de la colique de plomb de celle de l'arthralgie saturnine. Il désigne sous ce nom une affection de nature névralgique que produisent les préparations de plomb, après leur absorption dans l'économie, et qui a pour principaux caractères les suivants :

Douleurs vives dans les membres sans rougeur ni gonflement, ne suivant point exactement le trajet des cordons nerveux, continues, mais devenant plus aiguës, par accès ou crises, diminuées par la pression, augmentées par les mouvements, accompagnées de divers troubles de la myotilité, tels que crampes, dureté et tension des parties endolories. Ces douleurs névralgiques peuvent d'ailleurs se montrer au tronc et même dans la plupart des organes de la vie de relation. En résumé, cette affection se trouve caractérisée, dit M. Tanquerel, par une exaltation de la sensibilité et une perversion de la contractilité des parties qui en sont le siége.

Ces phénomènes avaient été aperçus par les auteurs qui ont précédé M. Tanquerel; mais presque tous s'accordent à les regarder comme un effet de la colique de plomb. Quelques-uns seulement, parmi lesquels nous citerons Stockusen, MM. Renauldin, Canuet, Thomas et Andral admettent que les douleurs des membres ne sont point sympathiques de l'affection intestinale, attendu que ces douleurs peuvent exister sans aucun trouble des fonctions du tube digestif. En conséquence, leur opinion se rapproche de celle de M. Tanquerel, et elle me paraît fondée. Toutefois, il nous semble que M. Tanquerel a peut-être été au-delà des faits en soutenant que les douleurs qui envahissent les membres dans la colique ne sont jamais le résultat des sympathies qui unissent les organes digestifs aux autres parties du corps. Ainsi, la douleur qui succède à un étranglement interne, d'abord locale, peut devenir l'origine de douleurs qui occupent des parties éloignées de la région abdominale. L'exaltation de la sensibilité dans un point retentit souvent dans d'autres, par suite des liens qui unissent tous nos organes entre eux.

Ainsi, nous pensons que l'arthralgie saturnine peut être idiopathique ou symptomatique. Quoi qu'il en soit, M. Tanquerel nous a donné de cette forme des maladies saturnines une idée beaucoup plus précise que les auteurs qui l'ont devancé.

D'après lui, l'arthralgie saturnine prend naissance au milieu des mêmes circonstances que la colique de plomb.

Toutefois, il a remarqué que les ouvriers des fabriques de minium sont beaucoup plus sujets à l'arthralgie qu'à la colique. M. Tanquerel a porté son attention sur le degré de fréquence de la coïncidence de l'arthralgie avec la colique ou une autre affection saturnine. Sur sept cent cinquante-cinq cas d'arthralgie, cette maladie existait seule dans deux cent-un cas; elle était associée, dans tous les autres, soit à la colique, à la pa-

ralysie, ou à l'encéphalo-pathie saturnines.

M. Tanquerel nous a ensuite fait connaître l'influence des saisons et de l'âge sur le développement de l'arthralgie. Il nous a dit les rapports qui existent entre l'intensité de la colique de plomb et les chances du malade pour contracter l'arthralgie.

En un mot, l'auteur embrasse toutes les questions que soulève son sujet. De l'étude des causes de l'arthralgie saturnine il passe à la description des symptômes par lesquels cette affection se révèle à nous. Il nous apprend de quelle manière elle s'annonce, puis il étudie chacun de ses phénomènes, et il s'attache à nous en faire connaître toutes les variétés. La douleur l'occupe d'une manière plus particulière, il la poursuit dans les diverses régions du corps qu'elle peut envahir.

C'est, en effet, le symptôme important de l'arthralgie. Il n'est pas une seule partie des membres, du tronc et de la tête qui ne puisse devenir le siége de la douleur. Mais les membres inférieurs en sont plus souvent atteints que les autres régions. Viennent ensuite les membres supérieurs, les lombes, etc. La douleur se montre avec une intensité très-variable; elle n'est pas toujours la même, tantôt vive, déchirante, tantôt légère, à peine sensible; mais elle ne disparaît pas dans l'intervalle des crises, comme cela s'observe dans certaines névralgies périodiques.

D'autres phénomènes se joignent à la douleur dans l'arthralgie saturnine. Ceux qui s'observent le plus souvent, ce sont des crampes, des mouvements involontaires, spasmodiques.

L'arthralgie a une marche et une durée variables, seule elle n'amène presque jamais la mort. M. Tanquerel ne connaît qu'un seul cas où cette maladie a eu une pareille terminaison. Considérée en elle-même, c'est donc généralement une affection des plus bénignes. Elle n'est grave qu'en raison de la cause qui l'a fait naître, et qui peut tôt ou tard porter son action sur les centres nerveux et produire l'encéphalo-pathie et la paralysie saturnines.

M. Tanquerel fait ensuite ressortir les caractères qui distinguent l'arthralgie saturnine des maladies avec lesquelles on peut la confondre; telles que le rhumatisme, les névralgies, les douleurs syphilitiques ostéocopes, la courbature et les douleurs sympathiques des affections abdominales.

L'arthralgie saturnine ne laisse après elle, dans les parties affectées, aucune lésion appréciable.

M. Tanquerel rapporte que M. Devergie a trouvé une notable quantité de plomb dans les muscles du mollet d'un sujet qui est mort des suites de l'encéphalo-pathie saturnine et qui avait en même temps une arthralgie.

M. Tanquerel admet que l'arthralgie saturnine est une lésion purement nerveuse qui a pour siége les filets nerveux provenant du cordon rachidien et se distribuant aux parties affectées d'arthralgies. C'est donc, suivant lui, une névralgie spécifique; ce qui veut dire que sa nature nous est inconnue. M. Tanquerel rapproche l'arthralgie de la colique saturnine. Dans ces deux affections, dit-il, le système nerveux joue un grand rôle, la sensibilité est exaltée, la myotilité troublée d'une manière à peu près semblable dans l'une et l'autre maladie; elles ne diffèrent réellement, ajoute-t-il, que par leur siége. « L'arthralgie est aux organes de la vie de relation ce qu'est la colique aux organes de la vie intérieure. L'une est l'image parfaite de l'autre : causes, exaltation de la sensibilité, perversion de la contractilité et des fonctions des organes malades; marche, durée, terminaison, pronostic, tout est semblable. »

J'avoue qu'il y a une grande analogie entre ces deux affections, mais je ne puis admettre avec M. Tanquerel que la colique de plomb ne diffère de l'arthralgie que par son siége. Le système nerveux ne me paraît point lésé de la même manière dans l'une et dans l'autre. Ce qui le prouve, c'est que le traitement qui dissipe avec tant de promptitude la colique de plomb n'est pas avantageux dans l'arthralgie saturnine. Sous ce point de vue, elles nous offrent une grande différence. Nous avons eu bien des fois l'occasion de nous en convaincre, et M. Tanquerel a fait la même remarque.

Ainsi, en parlant du traitement de l'arthralgie saturnine, il s'exprime de la manière suivante :

« Le traitement de la colique semble au plus grand nombre des praticiens être le meilleur moyen à employer pour combattre l'arthralgie saturnine. Cette opinion ne repose pas sur des faits exactement observés. »

Les purgatifs et les opiacés (traitement de la Charité, huile de croton, lavements laudanisés, etc.) ont été mis en usage chez quatre-vingts malades; cinquante-huit ont guéri après six ou huit jours de traitement; vingt-deux n'ont obtenu aucun soulagement et furent guéris promptement par l'emploi des bains sulfureux.

Ce dernier moyen est sans contredit le plus efficace, d'après M. Tanquerel, dans l'arthralgie saturnine.

Les bains de vapeurs simples ou aromatiques, les bains simples ne lui paraissent exercer aucune influence sur la durée de la maladie.

Comment, d'après des résultats aussi dissemblables, admettre que la lésion du système nerveux est de la même nature dans la colique et dans l'arthalgie saturnines, et qu'elle ne diffère que par son siége? S'il en était ainsi, le même traitement devrait être suivi de succès dans les deux cas. Nous ne concevons pas, en effet, pourquoi la médication, qui guérit la colique, serait impuissante contre l'arthralgie, si, dans ces deux affections, le système nerveux est lésé de la même

manière. Il y a là, convenons-en, quelque lien que nous ne saisissons pas. La constipation, ou plutôt l'accumulation, joue un grand rôle dans la production des douleurs qui caractérisent la colique de plomb. Ce qui le démontre, comme nous l'avons déjà dit, c'est que les évacuations sont promptement suivies de la cessation de la douleur abdominale. De là les succès de la méthode purgative, de là les effets avantageux qui succèdent à l'administration de la noix vomique.

Qu'on n'aille pas croire que je considère la colique de plomb comme une simple constipation; loin de moi cette pensée. J'admets que le système nerveux est modifié par suite de l'introduction du plomb dans l'économie; mais, dans le plus grand nombre des cas, l'impression développée par la présence des fécès, sur la tunique intestinale, va retentir dans le système nerveux, et cette impression concourt puisamment à la production de la colique de plomb et à son entretien. Aussi nous pensons que la colique de plomb dépend surtout de ces deux éléments, savoir :

1° L'état particulier du système nerveux;

2° La constipation. Suivant que ces deux éléments joueront un rôle plus ou moins grand, la colique ne réclamera pas la même médication.

Ainsi il est des coliques saturnines que l'on combat inutilement par les purgatifs les plus énergiques et qui cèdent facilement à l'emploi des opiacés. Ces derniers, d'un autre côté, bien qu'ils réussissent souvent à modérer la violence des douleurs abdominales, sont loin de compter autant de succès que les purgatifs (traitement de la Charité, huile de croton tiglium).

Quoi qu'il en soit, nous devons dire, en terminant, qu'aujourd'hui les praticiens s'accordent à considérer les bains sulfureux comme le moyen le plus efficace qu'on puisse opposer à l'arthralgie saturnine. Ce mode de traitement a déjà été préconisé par Stoll contre les douleurs des membres qui dépendent de l'empoisonnement par le plomb.

Jusqu'ici M. Tanquerel ne nous a encore montré que l'une des modifications imprimées par les molécules saturnines aux fonctions du système nerveux.

Il lui reste à nous en faire connaître d'autres qui, sans être aussi fréquentes que la première, ne sont pas moins dignes de notre intérêt. En effet, le plomb ne se borne pas à produire l'exaltation de la sensibilité et de la myotilité, phénomène qui, comme nous l'avons vu, forme le trait caractéristique de la colique et de l'arthralgie saturnines; il peut diminuer ou abolir ces deux fonctions dans diverses parties du corps et jeter le trouble dans les fonctions de l'encéphale.

M. Tanquerel a réuni ces désordres du système nerveux dans l'histoire des deux affections auxquelles il a consacré une grande partie du deuxième et dernier volume, et qui sont : la paralysie et l'encéphalopathie saturnines.

Il s'occupe d'abord de la paralysie saturnine, qu'il divise en deux espèces, savoir : la paralysie du mouvement et la paralysie du sentiment ou anesthésie. Ces deux espèces de paralysies saturnines peuvent exister ensemble; mais bien souvent aussi elles se montrent isolément, c'est pourquoi M. Tanquerel les décrit séparément. Il étudie en premier lieu la paralysie du mouvement.

Cette espèce de paralysie saturnine est caractérisée par une abolition du mouvement volontaire. Elle affecte ordinairement les muscles qui se trouvent dans le sens de l'extension des membres. Elle ne s'accompagne d'aucun phénomène qui puisse dévoiler l'existence d'une lésion organique dans les centres nerveux.

La paralysie saturnine a été observée par un grand nombre d'auteurs. Nicandre en a parlé l'un des premiers; mais presque tous l'ont envisagée comme un des symptômes de la colique de plomb, ou comme un des modes de terminaison de la colique.

Cependant Stoll établit que la paralysie peut précéder, accompagner ou suivre cette colique. M. Andral s'élève également contre l'opinion de ceux qui font dépendre la paralysie de la colique. Suivant lui, ce phénomène reconnaît pour cause l'action directe du plomb sur le système nerveux.

Malgré les travaux qui avaient été publiés sur la paralysie saturnine, M. Tanquerel nous semble avoir contribué à en éclairer l'histoire par ses propres observations. Aussi trouve-t-on, dans la description qu'il nous en a donnée, bien plus de détails que dans celle des auteurs anciens ou modernes.

La paralysie saturnine naît au milieu des mêmes circonstances que la colique et l'arthralgie.

C'est à l'introduction du plomb dans l'économie, par les différentes voies d'absorption, qu'elle doit être rapportée. Peu importe en effet la manière dont les molécules saturnines pénètrent dans l'organisme; une fois qu'elles y ont été introduites, elles peuvent agir sur les diverses parties du système nerveux et développer chez l'un la colique, chez un autre l'arthralgie, chez celui-ci la paralysie du mouvement ou du sentiment, chez celui-là les symptômes de l'encéphalopathie saturnine, sans qu'il nous soit possible d'en donner la raison.

Aussi je pense avec M. Tanquerel que M. Gendrin est dans l'erreur, lorsqu'il croit que la paralysie saturnine est le résultat de la présence d'une couche d'oxide ou de carbonate de plomb sur l'épiderme, et qu'on prévient cette maladie en administrant aux ouvriers des bains sulfureux ou des lotions de limonade sulfurique, attendu que le plomb est transformé en sulfure de plomb insoluble, par conséquent sans action sur l'économie. Toutefois, je suis d'avis que les

moyens conseillés par M. Gendrin sont rationnels, et qu'ils ne sauraient être négligés. Car, bien que j'admette que la peau même, chez les ouvriers qui travaillent le plomb, ne laisse pénétrer dans l'économie qu'une petite quantité de ce métal, cependant on doit s'attacher à les mettre à l'abri de cette source d'empoisonnements.

Quant aux observations de paralysie saturnine survenue à la suite de l'introduction du plomb par les voies digestives et respiratoires, elles ne sont point rares.

Aussi rencontre-t-on la paralysie saturnine chez les individus qui sont habituellement entourés d'une atmosphère tenant en suspension des molécules de plomb. M. Tanquerel nous a indiqué les professions des cent-un individus qui lui ont offert la paralysie saturnine.

Ici encore, les ouvriers des fabriques de blanc de céruse viennent en première ligne, puis les peintres en bâtiments, les ouvriers des fabriques de minium, les broyeurs de couleurs, etc. D'après M. Tanquerel, les diverses préparations de plomb qui, étant travaillées pour les besoins des arts, se réduisent facilement en poussière et se disséminent dans l'air, donnent lieu à la paralysie saturnine.

En général, cette affection ne succède pas immédiatement à l'introduction du plomb dans l'économie, et elle n'apparaît qu'au bout d'un espace de temps qui varie depuis huit jours jusqu'à cinquante-deux ans.

La paralysie saturnine n'est pas toujours précédée de colique. Huxham, Dehaen, Stoll, Ramazzini, MM. Andral et Trousseau en ont cité des exemples.

M. Tanquerel l'a vue survenir quatorze fois sur cent deux cas, sans que les malades eussent jamais éprouvé les atteintes de la colique saturnine.

D'un autre côté, celle-ci précède ordinairement la paralysie. Dans trois cas seulement, M. Tanquerel a vu la paralysie se manifester avant le développement de la colique.

Le traitement de cette dernière affection exerce-t-il de l'influence sur la production de la paralysie? Plusieurs auteurs le prétendent. M. Tanquerel établit que l'influence du traitement n'est pas aussi grande qu'on l'a cru.

L'intensité de la colique est aussi sans influence sur le développement de la paralysie. M. Tanquerel dit que cette maladie ne succède pas plus souvent à la colique légère qu'à la colique violente. Les individus affaiblis par une cause quelconque lui ont paru plus prédisposés que les autres à contracter la paralysie saturnine; c'est de vingt ans à quarante qu'elle se montre avec plus de fréquence.

L'individu qui en a été atteint une première fois est très-sujet à en être affecté de nouveau. Les récidives de la paralysie saturnine sont bien communes, et pour qu'elles se manifestent il n'est pas nécessaire que le malade s'expose de nouveau au contact des molécules saturnines. D'ailleurs, nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette dernière condition favorise le retour de la paralysie.

La paralysie saturnine s'annonce ordinairement par quelques signes précurseurs; quelquefois elle survient brusquement et d'emblée. M. Tanquerel indique avec soin les prodromes de la paralysie saturnine; puis décrit avec beaucoup de détails toutes les variétés de la paralysie du mouvement, suivant qu'elle occupe tous les muscles d'un membre ou quelques-uns seulement.

La sensibilité des parties frappées de paralysie est rarement abolie, le plus souvent elle est exaltée.

Quelquefois il y a perversion du sentiment. Ainsi M. Tanquerel a vu des malades accuser une sensation de froid glacial, continu, extérieur et intérieur, dans les parties paralysées et surtout aux extrémités des membres malades. D'ailleurs les parties affectées de paralysie n'offrent le plus souvent d'autres phénomènes que la perte du mouvement et les diverses lésions de la sensibilité.

Si la paralysie persiste pendant long-temps, elle finit par amener l'atrophie des membres privés de myotilité, et en dernier lieu le marasme général, avec teinte jaune de la peau, et l'ensemble des phénomènes qui caractérisent toute espèce de cachexie.

M. Tanquerel, après avoir tracé le tableau général de la paralysie saturnine, étudie cette affection dans les diverses parties qu'elle peut envahir, il la suit dans les membres supérieurs, dans les membres inférieurs, dans le tronc, dans les muscles qui concourent à la production de la voix et de la parole.

La paralysie saturnine, quel que soit son siége, a une marche lente, progressive. Sa durée varie depuis quelques jours jusqu'à des années entières. Plus la maladie est récente, plus elle est facile à guérir; mais en général elle ne cède qu'à un traitement fort long. Les récidives sont plus rebelles que les premières atteintes. La paralysie saturnine se termine par le retour à la santé, la mort ou la conversion en une autre maladie. Toutefois, lorsqu'elle existe seule, elle est bien rarement suivie de la mort.

La paralysie saturnine est en général facile à reconnaître. Les circonstances antérieures, la profession du malade, le siége de la paralysie, sa marche et l'absence de signes d'une lésion organique des centres nerveux, mettront sur la voie du diagnostic de cette paralysie; mais il est des cas dans lesquels on est obligé de recourir aux antécédents pour distinguer la paralysie saturnine des autres paralysies partielles. De là se déduit naturellement le pronostic de la paralysie saturnine.

M. Tanquerel passe ensuite en revue les diverses lésions qu'on a signalées dans le système nerveux des individus atteints de

cette espèce de paralysie, et il arrive à ce résultat, qu'on ne trouve aucune altération qui puisse nous rendre compte des phénomènes observés durant la vie.

Privé du secours de l'anatomie pathologique, l'auteur essaie de déterminer le siége et la nature de la paralysie saturnine, en prenant pour guide l'ensemble des troubles fonctionnels.

Suivant M. Tanquerel, cette maladie consiste dans une lésion spéciale de la partie du système nerveux qui préside au mouvement volontaire.

Le traitement de la paralysie saturnine est exposé avec détail par M. Tanquerel, tous les moyens qui ont été préconisés contre ce genre d'affection sont successivement passés en revue, et appréciés comme ils méritent de l'être. L'auteur insiste d'une manière plus spéciale sur l'électricité, les bains sulfureux et la noix vomique. Ces trois médications lui paraissent jouir d'une plus grande efficacité que les autres; et il appuie cette opinion d'un grand nombre d'expériences dont il a été témoin.

Les bains sulfureux sont loin de produire les avantages qu'on leur a attribués. M. Tanquerel n'a vu la paralysie saturnine guérir que dans cinq cas par l'usage exclusif de ce remède. Dans chacun de ces cinq cas la paralysie était incomplète et bornée à quelques muscles. Aussi est-il d'avis qu'on n'emploie les bains sulfureux que lorsque déjà, au moyen de l'électricité ou des préparations de noix vomique, on a commencé à produire dans les muscles une excitation capable de réveiller les forces vitales.

L'électricité a été mise en usage chez quinze malades; huit sont guéris complètement après un mois, cinq et six semaines, deux mois et trois mois de traitement. Les sept autres n'ont éprouvé aucune amélioration; chez quelques-uns même il est survenu des accidents inflammatoires qui ont fait suspendre l'emploi de cette médication.

La noix vomique, expérimentée pour la première fois avec succès par M. Fouquier dans la paralysie saturnine, a été fréquemment employée contre cette affection par d'autres praticiens.

M. Tanquerel l'a vue réussir dans un certain nombre de cas. La strychnine, la brucine, l'extrait alcoolique de noix vomique, peuvent être administrés avec avantage. M. Tanquerel insiste fort longuement sur les précautions à prendre dans l'emploi de ce médicament énergique.

Quoi qu'il en soit, il est d'avis que les bains sulfureux, l'électricité et la noix vomique doivent être employés simultanément chez le même malade. Ces trois moyens réunis et convenablement administrés peuvent produire des effets qu'on attendrait en vain de toute autre médication.

Il est inutile d'ajouter que les malades seront éloignés des localités qui renferment des émanations de plomb, c'est une condition importante pour le succès du traitement.

M. Tanquerel s'occupe ensuite de la deuxième espèce de paralysie saturnine, de celle qui porte exclusivement sur la sensibilité.

Cette espèce de paralysie saturnine, ou l'anesthésie saturnine, peut être bornée à la peau ou s'étendre aux parties sous-jacentes; elle peut enfin avoir pour siége les organes des sens, tels que la vue, l'ouie, etc.

L'anesthésie sans la paralysie n'avait point été signalée par les auteurs. Dans tous les cas qu'ils rapportent, il y avait à la fois perte de mouvement et du sentiment. C'est M. Tanquerel qui le premier nous a fait connaître l'anesthésie saturnine indépendante de la paralysie du mouvement.

Cette affection survient dans les mêmes circonstances que la paralysie du mouvement; mais elle est plus rare. Ainsi M. Tanquerel n'a rencontré que vingt-trois cas d'anesthésie. Dans ces vingt-trois cas la maladie occupait quatre fois la profondeur des organes, sept fois elle était bornée à la peau, douze fois elle avait envahi l'œil et produit la perte de la vision. L'anesthésie peut exister seule ou avec la paralysie du mouvement ou bien avec l'hyperesthésie. M. Tanquerel insiste sur chacune de ces variétés.

L'anesthésie saturnine offre pour caractères, 1° les signes qui nous révèlent la présence du plomb dans l'économie (intoxication saturnine primitive), 2° la localisation de la perte du sentiment, qui est ordinairement circonscrite à une petite étendue de la peau ou des parties sous-jacentes des membres et du tronc, sans lésion matérielle des nerfs ou des centres nerveux; en outre, elle a une marche particulière, elle arrive promptement à son plus haut degré dans l'espace de quelques heures, d'un jour; elle est très mobile, change de place et d'étendue d'un moment à l'autre, enfin sa durée dépasse rarement huit à quinze jours; l'anesthésie saturnine offre encore pour caractère de disparaître facilement. Si nous réunissons ces signes aux circonstances commémoratives, il sera bien difficile de méconnaître la nature de la maladie.

L'anesthésie saturnine ne laisse après elle aucune lésion appréciable.

Son siége et sa nature nous échappent. M. Tanquerel pense que cette affection est due à une lésion purement nerveuse des nerfs qui président au sentiment.

Les moyens qu'il convient de diriger contre l'anesthésie saturnine doivent être choisis parmi les bains sulfureux, les frictions, les épispastiques, les irritants de diverses espèces, les sudorifiques, les vésicatoires, les cautères, les moxas. Il est rare que ces moyens échouent. Si cela arrivait, on devrait recourir à l'électropuncture et à la strychnine.

Les purgatifs drastiques peuvent être utiles.

Anesthésie des organes des sens :

1° Amaurose saturnine.

Henri Smet ou Smetius (16e siècle) a vu quatre amauroses survenir à la suite de coliques saturnines.

M. Montanceix en a publié un cas (Arch. de méd., t. 17).

M. Andral en cite un exemple (Clinique médicale).

M. Duplay en a publié un cas (Arch. de méd., t. 2, 2e série).

M. Grisolle en a observé trois cas (Thèse 1835).

M. Tanquerel en a rencontré douze exemples (dans dix cas l'amaurose coïncidait avec l'encéphalopathie saturnine, dans deux seulement elle existait sans accidents cérébraux).

L'amaurose saturnine est ordinairement précédée de colique, mais elle peut aussi se montrer avant la colique.

M. Trousseau a vu un malade affecté d'amaurose saturnine qui n'avait jamais eu de colique de plomb.

L'amaurose saturnine apparaît brusquement sans aucun signe précurseur; quelquefois elle survient lentement.

Elle est ordinairement double, complète ou incomplète.

Les humeurs de l'œil conservent leur transparence.

Weller dit que l'amaurose saturnine a pour caractère une turgescence des vaisseaux sanguins, de la sclérotique et de la conjonctive avec sentiment de plénitude dans l'œil. Ce signe ne s'est point présenté dans les cas observés par M. Tanquerel, MM. Duplay et Grisolle.

L'amaurose saturnine est rapide dans sa marche, elle disparaît tout-à-coup au bout de quelques heures, de quelques jours.

L'amaurose saturnine survenant pendant le cours de la colique, celle-ci disparaît assez souvent brusquement, quelquefois progressivement.

Elle est sujette aux récidives.

Le diagnostic se déduit des circonstances commémoratives, de l'invasion de la maladie, de sa marche, de sa prompte disparition ; mais il est des cas où l'amaurose saturnine ne peut être facilement distinguée de l'amaurose ordinaire.

M. Tanquerel fait ressortir avec beaucoup de soin les caractères qui dans ces cas difficiles peuvent conduire le praticien à asseoir son jugement; il établit un parallèle entre les symptômes de l'amaurose saturnine et ceux des autres espèces d'amauroses, et il fait voir que la première a une physionomie qui lui est propre et qui doit la faire classer à part. La cause spécifique qui la produit lui imprime un cachet particulier.

L'amaurose saturnine est indépendante de toute lésion appréciable du nerf optique, de la rétine et de toute autre partie du système nerveux.

Le traitement consiste dans l'emploi des vésicatoires à la nuque, du séton, des moxas, de l'électropuncture (nerf frontal et nerf sous-orbitaire); il faut renouveler souvent l'électropuncture.

Les purgatifs drastiques sont également utiles.

2° Surdité saturnine.

M. Tanquerel n'a rencontré cet accident qu'une seule fois, à la suite de l'otalgie saturnine; aussi il croit devoir passer outre.

Nous arrivons maintenant à l'un des chapitres les plus importants de l'ouvrage de M. Tanquerel. Dans ce chapitre, l'auteur étudie l'encéphalopathie saturnine, c'est-à-dire la quatrième et dernière forme sous laquelle se traduit à nous l'empoisonnement par le plomb. Cette affection résulte de l'action des molécules saturnines sur l'encéphale, et elle offre pour caractères les suivants: du délire, du coma, des convulsions accompagnées ou non de la perte d'un ou de plusieurs sens. Ces troubles fonctionnels se rencontrent, il est vrai, dans une infinité de maladies du cerveau; mais lorsqu'ils sont produits par le plomb, ils ont une physionomie toute particulière, qui, d'après M. Tanquerel, peut servir à les caractériser.

Les troubles fonctionnels que nous venons d'indiquer se montrent séparés ou réunis. De là autant de variétés de l'encéphalopathie saturnine. M. Tanquerel considère cette affection comme une névrose de l'encéphale chronique, qui a pour caractère d'être mobile, de changer de forme du matin au soir, du jour au lendemain ; d'apparaître et de disparaître d'une manière brusque, instantanée.

Après avoir ainsi établi que l'action du plomb sur l'encéphale se révèle à nous par certains phénomènes qui ont une physionomie particulière, et qui, réunis ou séparés, constituent une maladie distincte des autres affections cérébrales, M. Tanquerel indique successivement, 1° les noms différents sous lesquels on a désigné les symptômes propres à l'encéphalopathie saturnine; 2° les causes qui la produisent ; 3° les symptômes qui la caractérisent; 4° la marche, la durée de cette affection, etc.: en un mot il étudie avec détail tous les points de l'histoire de l'encéphalopathie saturnine, Nous ne pouvons relater ici les développements dans lesquels l'auteur est entré sur ce sujet, et nous devons nous borner à en faire connaître au lecteur les faits les plus saillants.

M. Tanquerel commence par faire observer que les expressions de *insania*, *alienatio*, *stultitia saturnina*, démence, délire, convulsions, épilepsie, coma de plomb, ont été employées jusqu'ici pour indiquer une ou plusieurs parties de l'ensemble des phénomènes morbides qu'il se propse de désigner par les mots d'*encéphalopathie saturnine*. Nous pourrions sans doute critiquer cette

expression ; mais comme elle est aujourd'hui généralement adoptée, nous ne voyons aucun motif de la rejeter. Nous ferons seulement remarquer que cette expression suppose que l'encéphale est lésé dans toutes ses parties, ce qui n'est nullement démontré.

M. Tanquerel rappelle avec impartialité les travaux qui ont été publiés avant lui sur les accidents cérébraux de nature saturnine.

Les auteurs anciens mentionnent souvent l'épilepsie, le délire, les convulsions, le coma parmi les troubles fonctionnels que produit le plomb. Nous citerons surtout Dioscoride, Arétée, Paul d'Œgine, Actius, Avicenne, Paracelse, Fernel, etc. Desbois de Rochefort regarde les accidents cérébraux comme indépendants de la colique de plomb. Luzuriaga, Thierry, M. Mérat considèrent l'épilepsie, le délire, etc., comme des complications de la colique saturnine.

M. Pariset indique très-bien l'influence pernicieuse du plomb sur le cerveau, et les phénomènes qui en sont le résultat.

Laënnec, Mériadec, signalent la concomitance de l'hyperthopie du cerveau avec l'épilepsie saturnine (Revue médicale, 1828).

M. Miquel a publié sur ce sujet cinq observations (Bulletin thérapeutiq., t. 6).

M. Corbin a rapporté trois observations de maladie cérébrale saturnine ;

M. Andral, douze cas d'encéphalopathie saturnine.

MM. Groselle et Nivet ont également appelé l'attention des médecins sur cette affection.

M. Tanquerel en a recueilli soixante-douze cas.

Elle prend naissance dans les mêmes conditions que les autres maladies de plomb. Toutefois, comme elle exige pour se développer une plus grande quantité de plomb que les autres affections saturnines, elle survient ordinairement chez les individus qui travaillent des préparations faciles à se réduire en poussière et à se disséminer dans l'air. C'est du moins ce qui résulte du tableau dans lequel M. Tanquerel nous a indiqué la profession des individus affectés d'encéphalopathie saturnine. Elle ne se manifeste qu'au bout d'un certain espace de temps après que l'individu s'est exposé à l'influence du plomb; ce temps varie depuis huit jours jusqu'à cinquante-deux ans; mais à mesure qu'on s'éloigne du moment où l'on a commencé à travailler le plomb, moins on a de chances de contracter l'encéphalopathie saturnine.

Cette affection survient quelquefois d'emblée, sans avoir été précédée d'aucune autre maladie saturnine (MM. Andral, Canuet, Dance, Laënnec, Miquel, Renauldin, et avant eux, Stoll) ; mais le contraire s'observe le plus souvent.

D'autres fois elle coexiste avec d'autres maladies saturnines.

La violence de la colique, de l'arthralgie, de la paralysie saturnines, n'ajoutent rien aux chances de contracter plus tard l'encéphalopathie saturnine. Cette maladie est commune à l'homme et aux animaux (Obs. de Wilson, Trousseau, Canuet, Orfila, Tanquerel).

L'encéphalopathie saturnine est plus fréquente de 30 à 40 ans: l'influence du régime, de la constitution, des saisons est peu marquée.

Cette maladie est sujette aux récidives, lorsque les individus s'exposent de nouveau aux émanations saturnines, quelquefois même sans cela.

Quand l'encéphalopathie saturnine s'est une fois développée, elle rend l'organisme très susceptible de contracter de nouveau le même mal, sous l'influence de la même cause, des émanations saturnines.

Les maladies antécédentes du cerveau qui sont étrangères à l'action du plomb ne paraissent point exercer d'influence sur la disposition à contracter l'encéphalopathie saturnine (Tanquerel).

Cette maladie est brusque ou lente dans son invasion.

M. Tanquerel suit les symptômes de la maladie cérébrale saturnine dans toutes leurs phases, et, d'après leurs variétés, leurs nuances, il admet que l'encéphalopathie saturnine peut revêtir les formes suivantes: 1° forme délirante, 2° forme comateuse, 3° forme convulsive, 4° forme délirante, comateuse, convulsive réunies.

La forme délirante présente deux variétés qui sont: 1° le délire tranquille, 2° le délire furieux.

La forme comateuse en offre deux aussi, savoir : 1° le coma; 2° le coma subdélirant.

La forme convulsive en présente cinq qui sont : 1° les convulsions partielles; 2° les convulsions générales; 3° l'épilepsie; 4° les mouvements épileptiformes; 5° la catalepsie ou convulsions cataleptiformes; enfin les formes délirante, comateuse et convulsive peuvent se montrer réunies. M. Tanquerel décrit chacune de ces formes avec beaucoup de soin ; il s'attache à en faire ressortir les caractères.

L'encéphalopathie saturnine, quelle que soit sa forme, présente quelques symptômes communs; en outre, il est des complications qui apparaissent dans les différentes nuances que revêt cette affection cérébrale.

Il n'est pas une seule des maladies saturnines qui ne puisse se rencontrer avec l'encéphalopathie. La colique est celle qui l'accompagne le plus souvent. De même que dans la paralysie, les signes caractéristiques de l'intoxication saturnine primitive s'observent ordinairement dans l'encéphalopathie.

Il est d'autres troubles fonctionnels qui apparaissent du côté des organes de la circulation, de la respiration et des sécrétions, qui sont communs aux diverses formes de l'encéphalopathie saturnine, et sur lesquels M. Tanquerel appelle l'attention du lecteur.

Le tableau qu'il nous a donné de cette maladie nous a paru ne laisser rien à désirer.

L'auteur aborde ensuite l'histoire de la marche, de la durée de cette maladie ; il nous en fait connaître les divers modes de terminaison ; il nous montre comment se développe l'encéphalopathie saturnine ; suivant les formes qu'elle doit revêtir, il nous fait assister à la succession des phénomènes dans chacune de ses formes. Enfin il arrive à l'étude du diagnostic. C'est ici surtout que M. Tanquerel, procédant avec méthode, arrive à établir les caractères qui peuvent servir à distinguer l'encéphalopathie des autres maladies cérébrales.

La marche de l'encéphalopathie saturnine est irrégulière et insidieuse. Elle se montre d'un instant à l'autre avec un appareil de symptômes graves ou légers et *vice versa*. On voit tour-à-tour se succéder l'épilepsie, le délire tranquille ou furieux, qui, privés ou non de coma, conduisent dans quelques heures le malade au tombeau.

Si la forme délirante persiste seule deux à trois jours, on a lieu d'espérer que bientôt elle guérira.

Si le coma se montre le premier, on peut encore espérer la guérison lorsqu'il fait place au délire.

Quand le coma n'est que passager, la maladie est peu grave.

La forme convulsive a une marche très-variable. L'épilepsie saturnine déjoue toutes les prévisions. Elle paraît et disparaît promptement. Les mouvements épileptiformes durent plus long-temps que les attaques d'épilepsie ; mais ils sont plus réguliers et moins dangereux.

Quand les trois formes sont réunies, elles se succèdent très-rapidement. Rien de semblable ne s'observe dans les affections aiguës du cerveau.

Quelle est sa durée ? le délire dure depuis quelques heures jusqu'à dix-sept jours ; il disparait ordinairement au bout de trois ou quatre jours.

Les attaques d'épilepsie depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Le nombre des accès varie.

Le coma persiste d'un à trois jours.

La forme mixte est plus longue que les autres. Sa durée est de quatre à dix-sept jours.

Dans des cas rares, la maladie se termine par la mort en quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même. On la voit aussi cesser avec la même promptitude.

La maladie guérit, se convertit en une autre maladie, ou bien elle est suivie de mort.

Quand le malade doit guérir :

1° Dans la forme délirante, le malade tombe dans un profond sommeil, d'où il sort après un temps assez long, sans désordre de l'intelligence. D'autres fois le délire cesse peu à peu et fait place à la raison ;

2° Dans la forme comateuse, le coma diminue progressivement ; au sortir du coma le malade croit se réveiller d'un sommeil profond, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. La raison revient complète ;

3° Dans la forme convulsive, 1° les convulsions générales ou partielles terminées, l'intelligence, si elle a été troublée, reprend son type normal ; 2° jamais l'intelligence ne revient de suite ; lorsqu'une attaque d'épilepsie est achevée, comme cela se remarque dans l'épilepsie vulgaire, il reste du trouble dans les idées, on observe du délire, du coma ou de nouvelles attaques de convulsions ;

4° Quand les trois formes sont réunies, la maladie affecte la marche de celle qui a paru la dernière. Mais ici beaucoup de variétés. A la suite de cette espèce, on voit certains malades tomber dans un état de démence et y rester pendant un temps qui varie depuis un jusqu'à vingt jours. Dans tout ce temps bien des changements se remarquent dans l'état du malade. Tantôt bien, tantôt mal. Les accidents primitifs renaissent quelquefois tout-à-coup. Enfin les idées se rétablissent peu à peu, ainsi que les autres fonctions cérébrales. Tous les symptômes de la maladie s'évanouissent, il ne reste que de la faiblesse et une grande maigreur. A cette époque les malades peuvent éprouver de nouveaux accidents, et succomber d'une manière inattendue.

Si la mort doit avoir lieu, 1° le délire augmente et épuise le malade, le délire fait place au coma bientôt suivi de mort ;

2° Dans la forme comateuse, le coma fait des progrès et les forces sont anéanties.

Quand l'épilepsie doit être funeste, elle a des accès fréquents et d'une violence toujours croissante ; l'asphyxie précède la mort. Quelquefois la mort a lieu subitement.

Dans la quatrième forme, la mort est ordinairement précédée d'une violente attaque d'épilepsie ou d'un coma profond ; enfin quelquefois un délire furieux peut amener la mort.

Jamais la maladie cérébrale saturnine ne s'est convertie en une autre affection du cerveau.

Quelquefois la colique lui succède. On a vu la paralysie se manifester, alors que l'encéphalopathie perdait de son intensité. Plus souvent encore les malades sont pris de douleurs saturnines à la suite de l'encéphalopathie.

Sur soixante-douze cas, la mort a eu lieu seize fois, la guérison cinquante-six (Tanquerel). Dans les quatre-vingt-dix-neuf observations des auteurs, la mort a eu lieu soixante-une fois.

Pour établir le diagnostic, les antécédents du malade sont utiles : interrogez avec soin sa profession et les phénomènes qui nous révèlent l'existence du plomb dans l'économie (signes d'intoxication saturnine).

Mais est-il possible de reconnaître l'encéphalopathie saturnine sans le secours de ces

renseignements précieux, en un mot cette forme de l'empoisonnement saturnin a-t-elle une physionomie qui lui soit propre et qui permette de la distinguer d'une autre affection du cerveau? Tel est le problème dont M. Tanquerel s'est efforcé de nous donner la solution. On conçoit l'importance de cette question; car, malgré les probabilités les plus grandes en faveur de l'existence d'une maladie cérébrale saturnine, chez les individus qui se sont trouvés dans les conditions les plus capables de développer l'empoisonnement saturnin, cependant, comme un ouvrier qui travaille le plomb peut être pris de divers accidents cérébraux étrangers à ce métal, il importe de chercher dans l'étude des symptômes eux-mêmes certains caractères à l'aide desquels on puisse distinguer l'encéphalopathie saturnine de toute autre espèce d'affection cérébrale. D'après M. Tanquerel, les prodromes, les symptômes, la marche, la durée et les terminaisons diverses de l'encéphalopathie, ont une physionomie spéciale et aussi distincte que la cause qui leur a donné naissance.

L'auteur expose ensuite ces différences avec des détails pleins d'intérêt, qui montrent que c'est au lit du malade qu'il a puisé tous ces documents.

L'absence de fièvre ne permet pas de confondre l'encéphalopathie saturnine avec les inflammations du cerveau. Celles-ci ont une marche graduelle, elles ont leur période d'excitation et de collapsus qui se succèdent régulièrement. Rien de pareil dans l'encéphalopathie. On n'observe pas non plus cette mobilité des phénomènes cérébraux, du délire, des convulsions, du coma.

Les affections chroniques du cerveau, ramollissements, tubercules, cancer, hydatides, fongus, etc., ont une marche lente et graduelle qui est suffisante pour les différences de l'encéphalopathie.

L'apoplexie a des caractères distincts. Les névroses du cerveau seront plus faciles à confondre avec l'encéphalopathie.

M. Tanquerel établit un parallèle entre l'aliénation mentale et l'encéphalopathie, et il en fait ressortir les points de ressemblance et de dissemblance de manière à ne laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur.

Ici encore le mode de succession des phénomènes, leur marche, leur durée sont d'une haute importance.

L'épilepsie saturnine, par sa marche, le mode de succession des symptômes, diffère de l'épilepsie ordinaire; la première a des accès nombreux; elle est précédée ou suivie de délire, de coma. Alternatives de délire, de coma et d'accès épileptiques.

La catalepsie saturnine diffère de la catalepsie ordinaire par sa marche irrégulière, par la mobilité de ses symptômes.

Les fièvres pernicieuses délirante et convulsive se distinguent par leur marche, l'irrégularité de la succession des symptômes.

C'est encore par sa marche que vous distinguerez le coma saturnin du coma qui survient à la suite d'une chute ou d'une contusion.

L'ivresse, le delirium tremens, le narcotisme, l'empoisonnement par des substances narcotico-âcres, ont des analogies avec la maladie cérébrale saturnine.

Ce qui caractérise l'encéphalopathie saturnine, c'est la succession brusque des accidents cérébraux, délire, coma, convulsions.

Toutefois il ne faut jamais perdre de vue les circonstances antécédentes de la maladie; car il est des cas où elles sont indispensables pour établir le diagnostic.

L'encéphalopathie saturnine est grave; la forme délirante est la moins grave; puis vient la forme comateuse; et enfin la plus grave est la forme convulsive ou plutôt épileptique, car les convulsions partielles ou générales, non épileptiques, n'amènent jamais la mort. Les trois formes réunies sont le plus souvent funestes.

La mort arrive généralement dans les trois premiers jours, et même dans les premières heures qui suivent l'invasion.

Les habitudes vicieuses, l'ivrognerie en particulier, rendent l'encéphalopathie plus grave.

L'encéphalopathie primitive n'est ni plus ni moins grave que celle qui est consécutive ou associée à d'autres affections saturnines.

MM. Laënnec, Miquel, Dance, Martin Solon, Grisolle, Nivet et Cazeaux ont rencontré à la suite de l'épilepsie saturnine une hypertrophie du cerveau, avec aplatissement et tassement des circonvolutions cérébrales, surface des hémisphères presque unie; quelquefois densité augmentée dans la substance cérébrale; sécheresse des méninges; absence de congestion sanguine.

Coloration jaunâtre de la substance médullaire à la suite de l'épilepsie saturnine (MM. Martin Solon, Grisolle et Nivet).

D'autres observateurs ont trouvé le cerveau sain (Andral) *Clinique médicale*), Corbin, MM. Louis, Rufz, Nivet).

M. Tanquerel n'a rien trouvé le plus souvent dans le cerveau, à la suite de l'encéphalopathie saturnine; quelquefois hypertrophie de la substance cérébrale, teinte jaune sale de la substance blanche du cerveau, même coloration des poumons, des reins, etc.

M. Tanquerel conclut avec raison que ces lésions sont trop variables, inconstantes pour être considérées comme la cause des accidents cérébraux saturnins, et qu'elles sont un effet des troubles fonctionnels.

MM. Devergie et Guibourt ont découvert du plomb en quantité notable dans le cerveau de deux sujets morts d'encéphalopathie saturnine.

Le cerveau est évidemment le siége des accidents qui constituent l'encéphalopathie saturnine; mais quelle est la nature de la lésion de l'encéphale? M. Tanquerel soutient qu'elle n'est pas inflammatoire.

Plusieurs auteurs ont regardé les accidents cérébraux saturnins comme le résultat des sympathies qui unissent les intestins au cerveau. Cette opinion est aujourd'hui inadmissible. L'auteur pense que l'encéphalopathie saturnine est une affection nerveuse de l'encéphale par cause spécifique.

Traitement.

M. Rayer est arrivé à reconnaître qu'il faut s'abstenir de toute médication active dans l'encéphalopathie saturnine.

L'opium employé chez six malades, quatre ont succombé.

La saignée, même dans la forme délirante, produit plus de mal que de bien.

Le traitement de la Charité (huile de croton tiglium); toutes les médications dirigées contre la colique n'ont pas paru utiles. Vingt et un ont été soumis à ce genre de traitement; six ont succombé.

Les affusions froides chez trois, un malade a succombé.

Ainsi la méthode expectante est préférable à toute autre; telle est la méthode à laquelle M. Rayer est arrivé après un grand nombre de tâtonnements et d'essais.

Après avoir étudié les différentes formes de l'empoisonnement saturnin, M. Tanquerel s'est occupé d'une question qui intéresse à un haut degré l'hygiène publique; il a passé en revue les moyens propres à prévenir les effets toxiques du plomb. Pour arriver à la solution de ce problème, l'auteur n'a reculé devant aucune difficulté; il a pénétré dans les ateliers où l'on travaille le plomb, interrogé les ouvriers eux-mêmes; il a fait une étude approfondie des opérations auxquelles on soumet les préparations de plomb avant de le livrer au commerce et de l'employer dans les arts. Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt cette partie qui termine l'ouvrage de M. Tanquerel. Les praticiens y trouveront de bons conseils à donner, et les personnes que leur profession oblige à vivre au milieu des émanations saturnines y puiseront d'excellents préceptes à suivre. En résumé, le livre de M. Tanquerel est riche de faits pratiques, et exposés avec méthode et clarté; son succès ne nous semble point douteux.

F. Nonat,
Prof. agrégé de la Faculté, médecin des hôp.

III. Asphyxie causée par la présence de corps étrangers dans le larynx. Trachéotomie. Guérison.

Je fus appelé dans la matinée du 30 septembre dernier chez M. Canbou, lieutenant au septième régiment de dragons. Sa fille, âgée d'un an, était tombée la veille dans des accès prolongés de suffocation, après avoir essayé de manger d'une écrevisse qu'on lui avait laissée entre les mains.

Plusieurs médecins avaient été successivement demandés. Quinze centigrammes de tartre stibié, trente grammes d'huile de ricin avaient été ordonnés.

Quelques heures après l'accident, et sur les instances de M. Villaret, chirurgien major au septième dragons, M. Bretonneau avait visité la malade; réuni à plusieurs de ses confrères, il avait jugé que la trachéotomie deviendrait une ressource extrême; mais il fut d'avis que le moment de la pratiquer n'était point encore venu.

Les accidents s'aggravèrent durant la nuit, et l'asphyxie était complète lorsque j'arrivai près de la malade; la peau était froide, la face bleuâtre, livide; les lèvres décolorées et les yeux déjà ternes.

Il fallait agir, bien qu'il ne fût peut-être plus temps. M. Bretonneau qui devait opérer n'était pas chez lui. M. Cailliaut, qui avait bien voulu m'accompagner chez M. Canbou, m'assistait. La peau fut largement incisée jusqu'à l'échancrure sus-sternale; un léger tressaillement dans les muscles du cou vint nous rendre quelque espoir. Les couches musculaires furent successivement divisées sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, et la trachée fut mise à découvert. M. Villaret, que j'avais rencontré et prévenu en me rendant chez la malade, arrivait en ce moment; je le priai de vouloir bien attirer la trachée avec une érigne simple (1) à pointe très-acérée que je devais à l'obligeance de M. Bretonneau, et je divisai trois cerceaux cartilagineux à partir du quatrième anneau (2).

L'air ne se précipita point dans le tube aérien, comme cela arrive ordinairement, et l'enfant ne donnait aucun signe de vie. Je fis alors exécuter à la poitrine un mouvement de soufflet en pressant fortement sur les côtes et les laissant alternativement revenir sur elles-mêmes par leur propre élasticité. Cette respiration artificielle avait à peine été continuée pendant quelques secondes, qu'une inspiration naturelle eut lieu, puis une autre, et bientôt une troisième. La teinte bleuâtre des lèvres diminua, les joues se recolorèrent, la pauvre petite fille respirait.

Cependant M. Villaret maintenait la trachée ouverte avec la pince à mors recourbés de M. Bretonneau; j'enfonçai alors, sans aucune difficulté, le dilatateur du docteur Gendron et l'assujettis autour du cou. Pendant ce temps, M. Cailliaut courbait l'extrémité d'un stylet qui fut porté par M. Villaret dans le larynx, et à l'aide duquel il entraîna dans la trachée un fragment de test d'écre-

---

(1) M. Bretonneau s'est le premier servi de cet instrument pour rapprocher la trachée des lèvres de la plaie, la fixer et faciliter la section des anneaux cartilagineux.

(2) C'est sans doute par erreur de mémoire que M. Villaret, *Gazette médicale de Montpellier*, 21 novembre 1840, me fait inciser les quatre premiers anneaux cartilagineux de la trachée.

visse qui, dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, venait alternativement se montrer vers l'angle supérieur de la plaie et derrière un cerceau cartilagineux qui n'avait pas été divisé. Chacun de nous essaya tour à tour d'extraire ce fragment, mais en vain; il me fallut diviser l'anneau cartilagineux sous lequel il s'était arrêté pour pouvoir le saisir et l'attirer au dehors.

Plusieurs autres fragments de test d'écrevisse furent successivement expulsés par les efforts de toux. Un peu de calme survint; et la respiration, quoique précipitée, s'améliora sensiblement. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent alors, mais cette petite hémorrhagie s'arrêta bientôt.

Six heures du soir. Respiration comparativement assez calme. Le pouls est fréquent; la malade éprouve une soif vive, elle boit avec avidité et sans que la suffocation soit provoquée.

Une heure du matin. La respiration s'embarrasse, elle devient rauque et précipitée, l'asphyxie semble de nouveau imminente.

M. Bretonneau, assisté de M. Villaret, substitue au dilatateur, dont les dimensions lui semblaient excéder le calibre de la trachée, une petite canule à valves mieux appropriée à la mesure de cet organe.

Une éponge fine est placée tout autour de la canule, afin que celle-ci reste mieux fixée, et cette éponge est fréquemment humectée pour diminuer l'aridité de l'air inspiré.

1er *octobre, six heures du matin.* Respiration pénible, laborieuse, pouls fréquent.

Deux heures après-midi. Tuméfaction très-sensible du cou; face pâle, un peu bouffie.

Sept heures du soir. Face vultueuse, respiration fréquente; cent trente-cinq pulsations; chaleur halitueuse de la peau. Le nombre des inspirations n'est pas en rapport avec le mouvement fébrile.

2 *octobre, cinq heures du matin.* La nuit a été bonne; il n'y a eu que deux légers accès de suffocation. Le pouls s'est tenu de cent quinze à cent dix-huit.

Deux heures de l'après-midi. L'orifice de la canule est fermé artificiellement, et d'une manière assez exacte pour supprimer en grande partie le passage de l'air par la trachée; la malade cherche aussitôt à se mettre sur son séant, elle ouvre les lèvres et fait plusieurs efforts d'inspiration.

Il est manifeste qu'il passe de l'air par le larynx, mais en très-petite quantité; la face rougit de plus en plus, et l'anxiété devient si vive qu'il faut laisser à l'air un libre accès par l'ouverture de la canule. Quelques instants après, M. Bretonneau pratique le cathétérisme du larynx. Cette manœuvre, à laquelle il a eu souvent recours, à la suite des trachéotomies nécessitées par la diphthérite, ne paraît causer aucune douleur. Une fine baleine terminée par une petite éponge, et conduite dans le ressort de l'instrument de Belloc, à travers une sonde convenablement courbée, revient avec facilité de la plaie par la bouche. L'orifice de la canule est fermé de nouveau; l'air passe un peu mieux par le larynx.

3 *octobre, six heures du matin.* Respiration calme; de temps en temps seulement, et lorsqu'un peu de mucus s'accumule dans les bronches et se rapproche de la canule, il se fait quelques inspirations bruyantes, jusqu'à ce que le mucus soit expulsé ou placé de manière à ne plus contrarier le passage de l'air.

Il est inutile de dire que les personnes qui veillent la petite fille plongent de temps à autre dans la trachée, pour en retirer du mucus, une baleine armée d'une éponge; précaution que maintenant tous les praticiens savent prendre.

La tuméfaction du cou diminue dans le voisinage de la plaie surtout. La face est toujours bouffie.

Une heure de l'après-midi. La canule est enlevée et l'ouverture de la trachée fermée avec un bouchon d'éponge sur lequel est appliquée une large bande de sparadrap. Les accidents que j'ai rapportés plus haut se renouvellent et le sparadrap et l'éponge doivent être promptement enlevés.

Nouveau cathétérisme du larynx. Le bouchon d'éponge est réintroduit dans la plaie et la bande de sparadrap de nouveau placée au-dessus. La respiration ne s'exécute pas mieux que précédemment. Le larynx est facilement traversé par la petite éponge. Nous sommes au quatrième jour de l'opération, et cependant la respiration ne peut aucunement s'exécuter par les voies naturelles et l'ouverture de la trachée ne resterait pas fermée pendant cinq minutes sans qu'on vît survenir l'asphyxie. Soit qu'un peu d'œdème, soit même qu'un léger emphysème que n'indique cependant aucune crépitation diminue le calibre de la glotte, il est certain que, dans ce cas, où la lésion traumatique n'est compliquée d'aucune altération morbide, la trachéotomie a des conséquences plus graves que celles qui lui sont communément attribuées.

La canule est replacée, et le calme renaît.

Sept heures du soir. Inspirations fréquentes. Sécrétion abondante de mucosités dans les bronches; cependant la peau est fraîche, le pouls à peine fréquent. La tuméfaction du cou, la bouffisure du visage diminue.

Un très-petit fragment d'écrevisse a encore été expulsé aujourd'hui.

4 *octobre, cinq heures du matin.* Respiration

plus calme, sécrétion muqueuse moins abondante, moins dense et mêlée d'un assez grand nombre de bulles d'air. La bouche se remplit de temps en temps de mucosités qui reviennent par les fosses nasales et sortent par les narines. L'air commence donc à reprendre le chemin du larynx.

Midi. La malade n'a rien voulu prendre depuis hier; on ne parvient qu'avec peine à lui faire avaler quelques cuillerées d'eau sucrée.

Un bouchon limé et préparé avec soin par M. Bretonneau est introduit dans l'orifice de la canule; des bandelettes de sparadrap sont appliquées sur la plaie et à la base de la canule pour intercepter plus complètement le passage de l'air. La respiration s'exécute un peu mieux que dans les tentatives précédentes.

5 *octobre, huit heures du matin.* La valve inférieure de la canule est sortie de la trachée cette nuit; je la remets en place et le malaise disparaît.

6 *octobre.* Amélioration générale. Un bouchon préparé avec soin et enduit de cérat est introduit dans la canule. La respiration se fait par la bouche, mais avec quelque difficulté. Le même bouchon est replacé dans la canule pendant le sommeil de la malade; elle ne se réveille point et respire très-bien. Quelquefois même ses lèvres restent closes et la dilatation des ailes du nez vient seule indiquer que la respiration éprouve quelque obstacle.

7 *octobre.* L'amélioration continue. Lorsqu'on plonge l'éponge dans la trachée, la glotte fait entendre un bruit de toux. Le bouchon est à plusieurs reprises enfoncé dans la canule pendant le sommeil de la malade, et toujours avec le même succès. Cependant la respiration n'est pas encore assez nette pour que nous osions enlever la canule définitivement.

8 *octobre.* Légère expectoration de mucus ensanglanté causée par la valve inférieure de la canule, qui est sortie de la trachée et est venue se nicher dans le tissu cellulaire situé au-devant de cet organe. Assisté de M. Villaret, je la replace, mais non sans difficulté.

9 *octobre, midi.* La canule est enlevée et la plaie fermée avec le plus grand soin. La respiration s'opère par les voies naturelles, d'abord avec une grande difficulté. La malade se lève dans une agitation extrême, elle se jette de côté et d'autre et fait sous elle; sa face devient vultueuse, ses yeux sont hagards et largement ouverts; la rougeur du visage fait place à de la pâleur, et bientôt apparaît la teinte bleuâtre de l'asphyxie. Nous étions sur le point d'enlever le sparadrap appliqué sur la plaie, lorsqu'une toux grasse et bruyante se fit entendre; ce fut le commencement d'un mieux-être très-sensible; l'agitation se calma et la respiration, bien que très-fréquente et rauque (48 à 50), s'améliora.

Je dois faire remarquer qu'une certaine quantité d'air continue à passer par les lèvres de la plaie.

Une heure. Le sparadrap est enlevé; la plaie est déjà manifestement rétrécie. Nouveau cathétérisme du larynx avec une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent au huitième. Nous avions pour but de réprimer l'abondance de la sécrétion muqueuse des voies aériennes, de modifier l'aspect de la plaie devenue blafarde, et qui exhalait une odeur fétide, et d'agir en même temps sur la muqueuse de la trachée en détruisant par le caustique les principes putrides résultant de l'inflammation.

Le sparadrap est replacé, la gêne respiratoire, accompagnée de toux, que nous avons observée tout à l'heure, continue; mais elle est beaucoup moins marquée.

Quatre heures du soir. La petite malade boit avec avidité du vin sucré. Trente-deux inspirations.

Sept heures du soir. Vingt-deux inspirations.

10 *octobre.* Retour de l'appétit. Respiration à l'état normal; de temps à autre encore un peu de toux. La plaie suppure assez abondamment, le sparadrap est remplacé par un emplâtre d'onguent de Canet.

11 *octobre.* L'appétit devient très-vif. Il est impossible de méconnaître l'heureuse influence de la cautérisation. Le dégoût avait été considéré comme un symptôme grave, et par une multitude de petites attentions on avait cherché à prévenir l'inanition. Maintenant on se tient en garde contre la vivacité de l'appétit.

Je trouve un dernier fragment de test d'écrevisse adhérent à l'emplâtre d'onguent de Canet.

12 *octobre.* La plaie n'est pas encore fermée, il reste un pertuis fistuleux du diamètre d'une plume à écrire. L'air s'introduit par cette ouverture en faisant entendre un bruit de soufflet.

14 *octobre.* L'orifice du trajet fistuleux a beaucoup diminué, mais l'air continue à passer et le bruit de soufflet se fait encore entendre.

Boursouflement des chairs, cautérisation avec le nitrate d'argent.

16 *octobre.* Nouvelle cautérisation.

17 *octobre.* Je suis obligé de m'absenter et

je prie M. Villaret de continuer le pansement. Le chirurgien du septième dragons, forcé de quitter Tours lui-même pour quelques jours, se fait remplacer par son aide-major. Du 20 au 21 octobre, la plaie est entièrement cicatrisée avec un froncement très-prononcé de ses bords.

La malade, qui avait eu plusieurs accès de fièvre intermittente au commencement de septembre, fut reprise de la fièvre dans l'intervalle du 17 au 21 octobre; et M. Villaret lui administra du sulfate de quinine.

Depuis j'ai revu la petite fille de temps en temps; sa santé s'est maintenue dans l'état le plus satisfaisant.

Après tant d'autres exemples d'un heureux succès de trachéotomie, une seule particularité de quelque intérêt me paraît ressortir de cette observation : La trachéotomie a des conséquences plus graves qu'on ne le pense communément; et si l'obligation d'y recourir, lorsqu'elle est devenue indispensable, doit toujours être acceptée, on doit, autant que possible, en éviter la nécessité. Cette dernière réflexion est surtout applicable au traitement de l'angine maligne ou diphthérite trachéale, une médication topique très-active suffisant le plus souvent et dans les cas les plus désespérés, pour amener une heureuse terminaison de la maladie.

Frédéric Leclerc, D. M. P.,

médecin en chef de l'Hôpital général.

Tours, 15 déc. 1840.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

De l'Hydrothérapie, ou du traitement des maladies par l'eau froide; de ses rapports avec la médecine dans l'état actuel; suivi d'observations pratiques; par M. Engel, docteur en médecine de la Faculté de Vienne.

Il y a à faire à ce livre les compliments et les reproches qu'on adresse aux productions de l'Allemagne. Considérations quelquefois justes, explications souvent exagérées, conséquences pratiques exclusives et abusives, tel est le jugement qui nous semble devoir être porté sur l'*Hydrothérapie*. Qu'un campagnard allemand l'ait inventée, qu'il s'en soit fait ensuite un moyen d'existence, il n'y a là dedans rien d'étonnant ni de déshonorant pour la science; que nombre de médecins, de docteurs haut placés d'outre-Rhin en aient reconnu d'heureuses applications, qu'ils l'aient adoptée dans la thérapeutique, il n'y a encore là rien que d'honorable, de très-honorable pour leur modestie et leur conscience; car, en France, on n'eût pas manqué de crier haro sur le paysan du Danube assez hardi pour s'immiscer sans diplôme dans la pratique médicale. Mais partir de faits heureux, aussi nombreux que l'on voudra, pour renverser d'un coup de pied dédaigneux la thérapeutique de vingt siècles, et proclamer l'eau froide comme la panacée universelle : l'eau sur la peau, sur les muqueuses, l'eau à l'état d'inondation, le jour, la nuit, l'eau partout, l'eau toujours!!

Et cependant nous sommes de ceux qui sont le plus favorablement disposés à croire des merveilles de l'eau froide comme moyen thérapeutique. Nous en avons vu, en effet, des résultats inespérés entre les mains du praticien le plus distingué et le plus ingénieux de Paris. Oui, l'eau froide, que l'on a trop souvent reléguée dans le domaine de l'hygiène, est un agent héroïque, tour à tour anti-phlogistique, tonique, anti-spasmodique, et peut-être peut-on même aller jusqu'à dire avec Theden, Hufeland et quelques autres qu'elle a guéris des désorganisations organiques. Mais Theden, Hufeland, Frank, et ceux qui l'ont employée avant Pricsnitz, n'ont jamais pensé à convertir pour cela les bocaux des pharmaciens en cruches, et à fonder une maison de santé à chaque courant d'eau, ni surtout à dire qu'au moyen d'une ou plusieurs poussées à la peau, on en finira avec toute matière morbifique quelconque.

Telles sont probablement les idées qui se présenteront de prime-abord à l'esprit de quiconque aura lu l'avant-propos de M. Engel, et peut-être sera-t-il tenté de jeter de côté un livre qui se montre si peu sobre de promesses.

Mais si, parcourant rapidement les principaux articles, il voit citer des noms tels que ceux d'Oziander, de Frank, de Hufeland; si, lisant à la fin de l'ouvrage une longue liste des établissemens hydro-thérapeutiques dont l'Allemagne se couvre, il voit les gouvernements et les médecins s'entendre pour leur fondation, il sera sans doute aussi porté à croire que, à travers les exagérations, il pourra apparaître quelqu'une de ces vérités d'application que la véritable médecine aime à inscrire dans son domaine après les avoir épurées.

Il nous semble, quant à nous, que certains moyens, quoique simples et faciles, et par cela même peut-être qu'ils sont dans ces conditions, ont été trop négligés en France. Un individu se plaint d'une maladie chronique; on essaie quelques moyens dits thérapeutiques, et puis on le renvoie à ceux dits hygiéniques, c'est-à-dire à la gymnastique, à l'air, à l'eau, etc., sans songer que, entre l'hygiène et la médecine, il n'y a souvent pas plus de ligne de démarcation tracée qu'entre cette dernière et la chirurgie. Et dans les maladies aiguës aussi, le praticien, uniquement préoccupé des ressources de la nature ou de celles de la pharmaceutique, oublie trop souvent d'en demander aux éléments naturels qui l'environnent, agent puissant

dont la soustraction, l'accumulation ou la modification peuvent n'être pas sans influence sur la marche et la terminaison de la maladie. Et ces moyens, nous les avons vus mis en usage avec bonheur par un praticien de l'Hôtel-Dieu, qu'on n'accuse, certes, pas de mépriser ceux de la pharmacie.

Voilà l'esprit que nous eussions voulu voir présider à la rédaction de l'*Hydrothérapie*, ou du moins un esprit plus conciliant avec les idées de la majorité. Mais puisque, à la vue des merveilles du campagnard de Graefenberg, M. Engel a jeté toge et bonnet doctoral, supposons-nous, en lisant son livre, aux premiers âges du monde où l'homme, dans toutes ses maladies, demandait du soulagement aux éléments qui l'entouraient, et nul doute qu'il n'y ait eu alors plus d'un Priesnitz. Nous rencontrerons en passant, il est vrai, des explications théoriques principalement empruntées à ce principe que la guérison naît toujours de l'organisme, qu'une méthode thérapeutique, pour être bonne, doit imiter la nature, qui seule est toujours vraie, et que l'hydrothérapie est cette méthode. Nous ne discuterons ni les prémisses ni la conséquence, leur application exclusive les faisant échapper à tout corps de doctrine.

C'est, dit le docteur Engel, sur une montagne élevée, dans la chaîne des Sadètes (dans la Silésie autrichienne, aux frontières de la Prusse), que Priesnitz a fait ses premiers essais; et c'est là que sont venus le chercher des centaines de malades. C'est au milieu d'une sombre forêt qu'il les a reçus et qu'il a entrepris de les guérir, sans autre auxiliaire qu'un air pur, l'eau jaillissante des rochers, et un talent merveilleux, qui sait modifier et adapter à chaque individu, d'une manière variée jusqu'à l'infini, un traitement en apparence si simple, si uniforme. Mais en vain, ajoute-t-il, on lui demanderait la théorie, les principes de son traitement. Quelle que soit l'activité et l'énergie de ses idées, il ne saurait les exprimer; ce n'est qu'en l'observant de près qu'on les peut extraire de ses actions, qu'on peut le voir suivre les lois de la physique et de la physiologie, sciences dont les noms mêmes lui sont inconnus. Dans son site sauvage, on voit éparses quelques chaumières de paysans, dont la maison de Priesnitz ne se distingue en rien. Parmi elles s'élèvent deux bâtiments plus grands, construits en grande partie en bois, et destinés à loger ceux qui ont recours à lui. Ils y sont fort à l'étroit, et manquent de beaucoup de comforts; mais, loin d'en être rebutés, tous sont soutenus par l'espoir de recouvrer la santé. Beaucoup y passent même l'hiver, extrêmement rigoureux dans ces montagnes, où, au mois d'août, je n'ai trouvé, avant le lever du soleil, que six degrés de chaleur. Mais Priesnitz pense que, plus la température de l'eau est basse, plus elle est efficace; et d'ailleurs, la cure, une fois commencée, ne peut être interrompue sans préjudice pour le malade.

A cette esquisse historique faite par l'auteur allemand, joignons sa définition du traitement hydro-thérapeutique. C'est un traitement qui a pour but d'exciter et de régler, sans les secours des médicaments, la force médicatrice innée à l'organisme, pour guérir les maladies. L'emploi extérieur de l'eau froide, son administration à l'intérieur, la transpiration produite par l'accumulation de la chaleur organique autour du corps, la diète, un régime approprié, sont les seuls moyens qu'il emploie pour arriver à ce but.

Viennent ensuite des considérations sur l'action physiologique de l'eau froide. L'auteur lui distingue quatre modes d'action : de produire une sensation de froid et de faiblesse à laquelle succède un sentiment de chaleur et d'énergie; de détruire, après l'avoir détourné d'une partie, l'excès de vitalité qui s'y trouve; d'exciter l'appareil digestif par l'acide carbonique qu'elle contient; d'agir, enfin, par voie d'imbibition et d'absorption.

Il passe de là aux moyens auxiliaires du traitement hydro-thérapeutique. C'est un petit chapitre tout humoriste, où il nous fait voir la transpiration entraînant dans son torrent les matières morbides hors du corps. Si ce n'est pas la sueur, ce seront des abcès nombreux, des ulcères, des éruptions, résultats journaliers, dit-il, du traitement hydro-thérapeutique. Ces déperditions diverses forcent les organes de réparer les pertes qu'elles leur ont fait éprouver; de sorte que les malades ne quittent leur médecin qu'avec un corps complétement restauré, et aussi neuf que si Médée se fût chargée du traitement.

Voici, du reste, la manière dont la place est attaquée dans les grands établissements de l'Allemagne. Vers les quatre à cinq heures du matin, le malade est enveloppé jusqu'au cou dans une couverture de laine grossièrement tissée, avec addition de nouveaux entourages de duvet ou de fourrure. Il y a des malades qui ont tout inondé en une demi-heure, d'autres qui transpirent à peine au bout de trois ou quatre heures. Si la peau est rebelle, on a successivement recours aux frictions sèches, aux lotions froides, aux draps de lit mouillés et froids, de telle sorte que l'organe réfractaire finit toujours par capituler et donner lieu à une *évacuation incroyable* de liquides.

Aussitôt que le médecin, placé en observateur près de son malade, jugera qu'il a assez transpiré, il le fera mettre aussi vite que possible dans un bain froid préparé à l'avance près de son lit. La première impression surmontée, les malades y éprouvent une sensation de bien-être avant-coureur de la guérison. La durée de ce bain varie et exige d'être comptée par le médecin en personne. Certains malades ne restent qu'une minute au bain froid; d'autres y restent jusqu'à l'entrée

du second frisson. Pour ceux qui sont très-délicats, on élève la température : d'autres fois, au contraire, on la baisse artificiellement autant que possible.

Immédiatement après le bain externe, vient le bain interne, c'est-à-dire que le malade commence une promenade pendant laquelle il boit de l'eau abondamment, jusqu'à ce qu'il sente une pesanteur incommode à l'estomac ; et l'habitude fait tant que l'on voit des individus, naturellement peu amoureux de l'eau, en avaler ensuite avec avidité vingt à trente verres par jour. La promenade est suivie par un déjeuner sans boissons irritantes, mais dont la base solide est nourrissante ; et l'on sait ce que veut dire ce mot en Allemagne. C'est un vrai plaisir pour nous, dit l'auteur, et nous le croyons pour nombre de cas, de voir nos malades, même ceux qui souffraient naguère de dyspepsie, dévorer les aliments qu'on leur présente.

Le temps qui s'écoule jusqu'au dernier jour s'emploie, pour ceux qui sont faibles et délicats, ou ceux dont le mal doit céder facilement, à des exercices gymnastiques. Ceux qui sont plus forts ou atteints de maux chroniques plus opiniâtres recommencent à se soumettre à l'influence de l'eau froide employée tantôt en pluie, en poussière, tantôt en douche. D'autres encore prennent des demi-bains, des bains de siége, des bains de pied.

Pour permettre aux malades de continuer l'emploi des moyens curatifs, et de se livrer au repos, le dîner a lieu peu après midi.

Pendant le temps de la digestion, on leur fait grâce, et même interdiction, de l'eau froide, excepté aux personnes atteintes d'obésité. On revient ensuite aux moyens thérapeutiques de la matinée, à moins que l'organisation ne soit trop faible. Mais il est des endurcis chez lesquels on renouvelle la transpiration et le bain consécutif. Après un léger souper d'Allemand, les malades vont chercher un repos dont ils ont, en effet, grand besoin.

M. Engel avance plus loin que le traitement hydro-thérapeutique a pour particularité caractérisque de porter l'organisme à se guérir par ses propres forces ; et il s'ensuit, ajoute-t-il en italique, qu'un malade, guéri par cette méthode, ne passera pas par cet état déplorable, intermédiaire de la maladie à la santé, et que l'on appelle convalescence tardive. L'eau froide est même appelée à réparer le mal fait par les médicaments, c'est-à-dire à nettoyer les écuries d'Augias, qui s'encombrent depuis tantôt vingt-deux siècles.

Avouons cependant que cette hardiesse d'assertion peut trouver sa réalité dans plusieurs cas, surtout ceux de névrose des fonctions digestives.

La seconde moitié de l'ouvrage est consacrée à des observations nombreuses de succès ; nous les accorderions volontiers plus nombreuses du double, si l'on voulait nous faire la faveur d'une pauvre petite exception. L'auteur commence par les fièvres ; et, parmi celles-ci, il nous cite comme type une pneumonie guérie par les draps mouillés et froids ; la deuxième porte sur une fièvre putride traitée par des immersions répétés dans l'eau froide (docteur Mylius, médecin en chef des hôpitaux maritimes de Saint-Pétersbourg) ; la troisième, sur une fièvre typhoïde · la maladie se termina par une copieuse éruption furonculaire (docteur Granichstœden, chef d'un établissement hydro-thérapeutique à Vienne); quatrième, fièvre catarrho-rhumatismale, draps mouillés ; cinquième, scarlatine ! cent trente-cinq pulsations ; bains froids, guérison (docteur Frohlich). Les écoulements sanguins, muqueux, spermatiques, séreux, les diarrhées, le choléra, les rétentions, la constipation, ont cédé à l'eau froide.

La dix-septième observation est un cas d'épilepsie traitée par les douches froides, et qui n'avait pas reparu un an après. Il n'y a pas jusqu'à la syphilis secondaire qui ne cède aux hydro-thérapeutes ; le chancre seul est encore rebelle.

Peut-être nous accusera-t-on d'avoir trop long-temps insisté sur une doctrine aussi peu sociable : mais l'hydro-thérapeutique compte en Allemagne de nombreux chefs, de nombreux établissements, surtout de nombreux malades, et à ce titre elle méritait de fixer notre attention. A part son exclusivité, elle mériterait aussi de fixer les méditations des praticiens, et nul doute qu'elle ne trouvât de plus nombreuses applications qu'on ne le soupçonne en France.

De la stérilité de l'homme et de la femme, et des moyens d'y remédier ; par M. V. Mondat, docteur en médecine.

L'auteur s'est fait une réputation plus grande peut-être dans le public galant que dans le public médical. La première partie au moins de notre assertion est assez prouvée par l'épuisement de quatre éditions. Un tel succès se conçoit pour un livre qui doit effrayer les uns, consoler les autres, et intéresser tout le monde. Nous qui avions à le considérer sous un point de vue plus élevé, nous avouerons que ce n'est pas sans quelque prévention que nous en avons entamé la lecture.

Un style en général relâché, quelquefois déclamateur, et des expressions souvent peu en rapport avec cette dignité de l'art qui doit augmenter avec la délicatesse de nos fonctions, des considérations anatomiques et physiologiques inutiles pour les uns, et quelque chose de plus pour les autres, tels sont les défauts qui de prime abord nous ont sauté aux yeux, défauts que l'auteur partage, du reste, avec la plupart de ceux qui ont écrit sur ces matières. Mais à côté d'eux, à

côté aussi de quelques exagérations dans lesquelles tombent toujours les hommes spéciaux, nous avons vu des préceptes utiles, et l'indication d'une série de ressources que la plupart des médecins ne connaissent ni ne soupçonnent même.

Dans la première section, M. Mondat parle de la stérilité chez l'homme. Dans le premier paragraphe, consacré aux maladies des organes de conjonction, nous distinguons l'*absence du pénis*, que l'auteur dit avoir une fois remplacé avec succès par un cône de gomme élastique; la *petite dimension de cet organe* n'est plus, selon lui, une cause absolue de stérilité, depuis qu'il a trouvé un moyen simple de développer les tissus du corps caverneux.

Cinq opérations heureuses d'*hypospadias*, pratiquées par M. Mondat, formeront une des bases les plus solides de sa réputation, si elles se renouvellent en d'autres mains. Il a été aussi heureux dans le traitement de l'épispadias. L'*anaphrodisie* occupe une longue place. Dans les divers traitements indiqués par l'auteur, nous y voyons, ce qui, du reste, se retrouve aussi ailleurs, une crainte quelquefois exagérée d'enflammer les systèmes gastrique et pulmonaire. Cela se conçoit avec une pratique aussi isolée et néanmoins aussi active que paraît l'être la sienne. Il a dû prendre les idées de son époque en pathologie et en thérapeutique générales. Mais disons aussi qu'il est plus timide en théorie qu'en réalité, ainsi que le témoigne la vigueur de la plupart de ses traitements et une pharmacopée dite *anti-anaphrodisiaque* passablement stimulante.

Avant d'y arriver, signalons en passant divers appareils et moyens fort ingénieux pour réveiller les organes génitaux, tout en souhaitant qu'on ne les emploie qu'à bonne fin. Tels sont : d'abord le *congesteur*, espèce de cylindre de cinq à huit pouces de longueur, de dix à seize lignes de diamètre, ayant une extrémité libre, tandis que l'autre est montée sur un appareil auquel vient s'adapter une pompe aspirante. On introduit le pénis dans le cylindre avec le soin de ramener en arrière le prépuce; on dirige l'instrument sur un plan incliné vers le haut, l'individu étant debout. Le congesteur est fixé par une main, tandis que l'autre imprime au piston de légers mouvements pour faire le vide : le corps caverneux ne tarde pas à se gonfler; peu à peu le sang le pénètre de toutes parts, tout l'appareil génital subit l'impression érectile du pénis, qu'on fait durer de cinq à vingt minutes. Avec le traitement prescrit et le régime indiqué, ajoute l'auteur, on sera toujours sûr d'augmenter considérablement le développement du pénis, de faire naître des érections aux individus qui en sont privés, et de rétablir celles qu'on a perdues. Ajoutons aussi que l'emploi de cet instrument doit être continué chez les réfractaires plusieurs mois, quelquefois un ou deux ans, et qu'il est fort douloureux au début. Le *massage* et la *malaxation* sont, on s'en doute bien, au nombre des moyens employés par M. Mondat, et il les fait pratiquer *secundum artem* par un masseur servien qu'il a ramené d'Orient avec bien d'autres secrets que cette voluptueuse contrée recèle.

Dans le paragraphe consacré aux maladies des organes d'émission, on lit que les femmes galantes, pour empêcher la fécondité, exercent une pression très-forte au dessus de la valvule urétrale, au moment de l'éjaculation, de telle sorte que la valvule cède, et que le liquide pénètre dans la vessie : et il arrive qu'insensiblement le cours de la semence suit une fausse direction. C'est une cause de stérilité très-difficile à guérir. Cependant la plupart des malades de l'auteur, après un traitement long et pénible, sont arrivées à une projection séminale plus ou moins entière par l'usage d'une pelote fixée derrière la prostate.

M. Mondat termine ses considérations sur la stérilité de l'homme en reconnaissant que, en dehors même des lésions organiques, elle est quelquefois tout-à-fait incurable, qu'elle est souvent alors un bienfait de la nature, qui laisse dans le néant des êtres chétifs et incapables de devenir hommes.

Dans le chapitre de la stérilité chez la femme, l'auteur reconnaît qu'elle est beaucoup plus commune dans ce sexe que dans le nôtre. Cependant il est moins ingénieux et moins pourvu de ressources pour ce qui les regarde. En parlant de l'absence de la matrice, il cite un cas où cet organe a été remplacé par une simple poche membraneuse, qui suppléa tant bien que mal ses fonctions jusqu'au terme de l'accouchement. Le défaut de cavité et l'atrophie de l'utérus ont quelquefois cédé aux moyens qu'il leur a opposés.

Le chapitre que l'auteur appelle sa pharmacopée est un recueil abondamment fourni de substances aphrodisiaques empruntées aux trois règnes, et principalement tirées de l'Orient. Il nous semble cependant que plusieurs de ces médicaments agissent plutôt comme stimulants généraux que comme excitants spéciaux du système générateur : tels sont ceux empruntés au règne minéral, le fer carbonaté, l'astroïte, le borax, le sel marin. Il emprunte plus largement au règne végétal. Les plantes dont il fait usage, et dont il eût pu se dispenser de donner les caractères botaniques, sont : la sarriette, le cataire, les menthes, l'asperge, la cinéraire sibérienne, la roquette, l'eryngium, la bénoite, l'actée longue, le salep, la racine de Jean de Lopez, dont le végétal est inconnu, le bois de Rhodes (*Rhodiola, convolvulus scoparius*), le ginseng du Japon, les truffes, les alliacés, les cardamomes, les semences d'agnus castus, celles de cacao, la vanille, l'opium et les baumes de la Mecque, de Tolu, du Pérou, de Benjoin. Malgré l'effet assez bien constaté de quelques uns de ces exci-

tants, nous croyons que les plus actifs sont ceux tirés du règne animal, la cantharide, le castoréum, l'ambre gris, et le musc et la civette. Viennent ensuite les descriptions de diverses préparations employées extérieurement pour combattre la stérilité. Mais avant de terminer, il y a à faire une réflexion peu consolante pour l'immense majorité de l'espèce humaine. Contrairement à la plupart des ouvrages de thérapeutique, le mémoire de M. Mondat n'est fondé que sur des observations de riches affligés, tels que barons, comtes, landgraves allemands, et surtout force princes russes et polonais. Quel autre, en effet, qu'un prince de l'aristocratie ou de la finance pourrait aller demander de la virilité à un bain où entrent par onces des substances d'un prix tel que le ginseng, l'ambre gris, l'huile essentielle de roses, le musc, etc.; se frotter ensuite le dos avec des liniments, des pommades et des essences non moins dispendieuses, et se flanquer encore l'intérieur de longues formules de sirops, de pastilles, de vin atérasique, de marmelades de caéhundé, de pastilles indiennes, de wakaka indien, de poudre impériale, etc. Bon Dieu! il y aurait de quoi nourrir douze cents pauvres polonais, hongrois ou russes avec tout ce que leur seigneur offre à ses absorbants en musc, ambre, civette et autres pareils excréments de l'Asie. N'allez donc pas à M. Mondat, ô vous, pauvres d'aucun pays; car il vous répondrait, sans doute, par ces paroles du prophète Jérémie, citées quelque part dans son livre : *Réjouis-toi, stérile, qui n'enfantes pas!*

Revue des journaux français.

GAZETTE MÉDICALE.

Recherches critiques et cliniques sur le siége précis de l'étranglement herniaire, par M. Diday.

M. Malgaigne, dans un mémoire récent, a soutenu l'opinion que l'étranglement par le collet du sac est le seul que l'observation ait jusqu'ici démontré et que rien n'a encore prouvé qu'il puisse avoir lieu par les ouvertures aponévrotiques. Ces conclusions, M. Diday vient les combattre comme trop hardies. Son argumentation se résume dans les deux questions suivantes :

1° L'étranglement est-il toujours produit par le collet du sac?

2° N'est-il jamais produit par l'anneau aponévrotique?

Pour résoudre la première question, M. Diday se demande si le collet du sac est susceptible de causer un étranglement. Pour produire cet effet il faudrait, dit-il, que son orifice eût subi un changement de structure qui en augmentât l'épaisseur, qu'il fût devenu un agent de constriction. Mais cet épaississement du sac péritonéal a-t-il lieu dans toutes les hernies? La plupart des auteurs répondent par la négative; et s'il a lieu, ce ne peut pas être, du moins, pendant la première période de la maladie. Voilà donc, ajoute l'auteur, des hernies où le sac ne peut en rien contribuer à l'étranglement, et partant où l'étranglement serait impossible, si, comme le soutient M. Malgaigne, les anneaux de la paroi abdominale ne peuvent jamais le produire.

Il est évident que dans les hernies étranglées aussitôt que produites, le sac ne peut être l'agent de la constriction. A cette objection M. Malgaigne répond en niant le fait : « Je ne connais pas jusqu'à présent, dit-il, un seul cas bien authentique de hernies étranglées dès leur apparition, à l'exception de celle de la tunique vaginale. » Pour nous, nous pensons avec M. Diday que la proposition de M. Malgaigne est beaucoup trop générale. Le premier cite d'ailleurs sept cas de hernies étranglées aussitôt qu'apparues. D'un autre côté, l'observation apprend que l'étranglement a lieu aussi dans des hernies sans sac. C'est donc à autre chose qu'au sac péritonéal qu'il est dû.

L'auteur cherche, en second lieu, à démontrer que l'étranglement peut être produit par l'anneau aponévrotique. Il essaie, du reste, plutôt à le démontrer qu'à l'expliquer, et cite à ce sujet les cas d'opération où le débridement de l'anneau a suffi, et ces cas sont nombreux. Tels sont, entre autres, celui de Ledran (observ. de chir., t. II, p. 22), quatre relatés par A. Cooper, un dû à Bransley Cooper, six que rapporte Aston Key, un appartenant à M. Bérard (Gaz. méd., 1839, p. 691), enfin neuf qui viennent de la pratique de M. Bonnet, ce qui fait en tout vingt-deux observations. A ces faits M. Malgaigne répond que si l'on a pu réduire une hernie étranglée après le débridement de l'anneau, ce n'est pas à ce débridement qu'en revient l'honneur, mais à l'incision des téguments qui a assuré le succès du taxis en permettant de l'exercer directement sur le sac. Mais M. Diday oppose à cette objection cinq cas où la réduction, vainement tentée sur le sac mis à nu, n'a été possible qu'après le débridement de l'anneau.

Le fait le plus important qui paraît ressortir des recherches de MM. Bonnet et Diday, c'est l'appréciation de la herniotomie sans incision du sac. Dans les faits nouveaux rapportés par le premier, on voit, sur neuf opérés, deux morts. Voilà, dit M. Diday, une proportion bien capable d'encourager les praticiens à confirmer, par de nouveaux essais, la naturalisation en France d'une méthode si riche d'avenir.

L'avantage que la théorie fait voir, d'ailleurs, est celui de placer les parties à peu près dans les mêmes conditions qu'après la réduction par le taxis; car laisser le péritoine intact, c'est supprimer l'agent le plus

actif de l'irritation qui le menace. M. Bonnet était arrivé avant l'auteur à cette conclusion.

De la position à donner aux membres dans leurs divers états pathologiques, et en particulier dans les affections de leurs os, par M. Mayor.

Le chirurgien de Lausanne se propose de faire ici l'examen critique du mémoire de M. Bonnet sur les positions, travail dont nous avons donné l'analyse dans un de nos derniers numéros. M. Mayor veut faire voir que ce qui peut s'appliquer aux positions des articulations malades doit également trouver place dans celles de toutes les affections graves des extrémités; que le même moyen est toujours suffisant pour les unes comme pour les autres, et qu'il doit être moins compliqué que celui que propose M. Bonnet. Partant de là, il s'élève contre l'assertion de ce dernier, que les positions ont à peine fixé l'attention des chirurgiens. Les citations de M. Mayor sont longues, et il les tire la plupart de son nouveau système de déligation. On ne saurait nier, en effet, que ce praticien n'ait dû être piqué de se voir confondu dans le commun des chirurgiens oublieux des positions, lui qui ne parle guère que de cela, d'un bout à l'autre de son livre. On ne saurait s'étonner non plus qu'un simplificateur comme lui se soit scandalisé à la lecture des descriptions longues et répétées des appareils de son confrère de Lyon.

Mais on ne peut nier, d'un autre côté, que si M. Bonnet a poussé son assertion trop loin, il n'ait utilement rappelé l'attention des médecins sur un point trop négligé et sur lequel les simplifications de M. Mayor n'avaient pu encore assez la fixer.

M. Mayor regarde comme trop absolue cette assertion de M. Bonnet : « Que la position demi-fléchie des membres inférieurs est pénible dans le décubitus dorsal, et que cette demi-flexion n'est commode que lorsqu'on se penche sur le côté. » Elle est pénible, dit le critique, non pas comme *demi-flexion*, mais parce que la cuisse et la jambe ne reposent sur quoi que ce soit, et que les ischions et les pieds supportent à eux seuls tout le poids des membres. Aussi, fournissez à la partie postérieure des membres une base de sustentation convenable, et alors non seulement la position n'est plus incommode, mais elle soulage aussi bien que celle parfaitement analogue que nous prenons en nous asseyant dans un fauteuil.

Après plusieurs autres critiques piquantes, M. Mayor se résume en disant :

1° Que dans toutes les affections pathologiques des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, la première pensée, le besoin impérieux du chirurgien, doit être de leur donner et assurer une position convenable.

2° Que ce qui se passe partout, et de temps immémorial, à cet égard, avec l'écharpe *brachiale*, doit servir de type et d'encouragement pour une écharpe analogue des extrémités inférieures. Or, il existe deux ordres de cette dernière : 1° celle qui soutient la jambe par devant et qui prend son point d'appui sur l'épaule opposée, ou autour du bassin du patient; et 2° celle qui supporte le membre par derrière et qui a son appui au-dessus de ce dernier et en dehors du malade au moyen d'une corde verticale. Le premier sert pour la station et la marche avec des béquilles, et le second lorsqu'on est couché dans le lit ou assis sur une chaise, dans une voiture, etc.

3° Que les membres inférieurs, à l'instar des supérieurs, doivent en général être constamment *suspendus* dans leurs maladies graves. C'est dans ce but que M. Mayor se sert depuis douze ans de son cadre clinique.

4° Que le fil métallique est de tous les corps connus le plus propre, sans aucune comparaison, à la confection de toutes les gouttières imaginables, soit qu'il s'agisse de les appliquer sous les membres (*hyponarthécie*), ou qu'il soit question d'en recouvrir la circonférence antérieure (*hyperarthécie*).

5° Que le coton est également la substance qui réunit hautement, et par-dessus toutes celles qu'on connaît, les propriétés les plus convenables pour servir de remplissage, pour garnir les liens divers, pour *protéger* les téguments contre l'effet de tous les moyens contentifs.

6° Qu'il n'est nullement nécessaire, ainsi que le prétend M. Bonnet, avec tous les partisans des appareils inamovibles, d'emmaillotter complètement un membre quelconque, pour en assurer l'immobilité; car la mécanique et le gros bon sens nous enseignent qu'il suffit que ce membre soit appuyé sur la moitié ou les deux tiers de la circonférence pour qu'il soit suffisamment contenu et à l'abri de dérangements fâcheux.

Sur les diverses espèces de méningite des enfants, par E. Rufz.

Il y a quelque six ans, l'auteur annonça dans sa thèse que l'affection décrite sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, *fièvre cérébrale*, *méningite*, considérée jusqu'alors comme une maladie inflammatoire, pouvait bien n'être, la plupart du temps, qu'une des formes de l'affection tuberculeuse. Sa proposition, déduite alors d'observations prises à l'hôpital des Enfants, fut regardée comme trop générale. Dans sa pratique de la médecine à la Martinique, M. Rufz a poursuivi ses recherches sur cette question; loin de restreindre sa première assertion, elles ne font que la confirmer : car sur plusieurs cas de méningites il n'en a trouvé qu'un seul de méningite réellement inflammatoire. Il fait, du reste, observer que la méningite tuberculeuse elle-

même est assez rare aux colonies, la phthisie ne s'observant que très-peu chez les enfants sous ces latitudes.

De l'emploi thérapeutique de la strychnine, par M. A. Toulmouche.

L'auteur est connu pour ses infatigables recherches sur quelques points de thérapeutique.

En voici un qui est loin d'avoir inspiré de même les théoriciens et les praticiens. M. Toulmouche n'a pas la prétention d'avoir dit le dernier mot sur la strychnine. Le but de son long mémoire est de rendre chacun moins exclusif dans son opinion, et d'éclairer les médecins sur les doses qu'il y a prudence à ne pas dépasser, et celles primitives par lesquelles il faut en commencer l'administration. Les faits nombreux qu'il y cite achèvent de démontrer son peu d'utilité dans les hémiplégies dépendant d'une lésion du cerveau et dans la paraplégie. Il est même un de ces cas où la terminaison funeste a peut-être été occasionnée par la strychnine.

On a quelquefois aussi exagéré ses dangers. Ainsi, dans le sujet de la première observation de son travail, l'auteur ne remarqua point que les lavements de strychnine produisissent aucune chaleur brûlante ou autre effet insolite dans le trajet des nerfs cruraux et sciatiques, comme M. Ollivier d'Angers prétend l'avoir observé chez quelques malades. Dans aucun cas non plus cet agent thérapeutique n'a produit d'irritation de l'estomac ni des intestins.

Des faits qu'il a notés, M. Toulmouche est porté à conclure qu'il sera toujours prudent :

1° De ne pas dépasser la dose de cinquante-quatre à quatre-vingts milligrammes dans les diverses maladies contre lesquelles on jugera à propos de l'employer;

2° De n'y arriver que graduellement;

3° D'augmenter en proportions d'autant moindres qu'on aura prescrit davantage au-dessus des premières.

Après avoir cité tour à tour les conclusions si diverses des thérapeutistes modernes, l'auteur ajoute qu'il a de fortes raisons de croire que la strychnine ne réussira que dans les paralysies ou autres lésions provenant de l'altération de l'innervation rachidienne, occasionnée par les excès de masturbation ou vénériens, par l'abus des liqueurs spiritueuses ou narcotiques, par l'action des émanations de plomb, etc., qui y ont occasionné un ébranlement ou affaiblissement particulier qu'elle peut dissiper et ramener à son rhythme normal, et jamais dans celles dues à un état phlegmasique du cerveau ou de la moelle.

La strychnine aurait donc une action directement excitante sur la moelle épinière et secondaire sur les organes qui en reçoivent les nerfs. Elle ferait, selon lui, cesser l'espèce de stupeur vitale dans laquelle se trouve ce puissant organe d'innervation, et par suite les paraplégies ou paralysies qui en résultent, soit à la suite de fortes commotions, soit à la suite de l'affaiblissement subit ou graduel de son action normale.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Mémoire sur une nouvelle méthode d'opérer les cataractes capsulaires secondaires, en pratiquant l'extraction par la sclérotique; par le doct. Sichel.

La cataracte capsulaire secondaire est une des suites les plus fréquentes de l'opération de la cataracte soit par extraction, soit surtout par abaissement; et il ne faut pas se dissimuler les difficultés que présente son abaissement, ni le danger qui peut accompagner son extraction, lors même que celle-ci n'est pratiquée que par une ponction peu large de la cornée. Ce danger augmente surtout dans les cas où des ophthalmies violentes, opiniâtres où fréquentes, ont précédé ou suivi l'opération de la cataracte primitive. On doit encore redouter l'extraction par la cornée, quand il y a des adhérences, des rétrécissements pupillaires, des opacités partielles de la cornée, ou une très-grande disposition de cette membrane à l'inflammation, etc., etc.

L'opération de la cataracte capsulaire secondaire, par abaissement, devient surtout très difficile et souvent tout-à-fait impossible, lorsque la membrane opaque est adhérente à l'iris dans un ou quelques points. Alors elle s'abaisse incomplètement, remonte toujours quand elle est adhérente à la partie inférieure de l'iris, ballotte derrière la pupille qu'elle obstrue en partie, ou flotte dans cette ouverture, quand elle est attachée à son bord supérieur. Souvent des lambeaux capsulaires fort petits et incomplètement opaques produisent dans la vision des troubles très-considérables. Tous les efforts qu'on fait pour abaisser ou pour détacher de pareilles capsules ou lambeaux de capsule flottants sont vains; la membrane opaque, mobile et extrêmement légère, fuit devant l'aiguille ou revient à sa position primitive dès qu'on retire l'instrument, bien qu'elle ait été déplacée latéralement ou abaissée. Dans ces cas, M. Sichel a souvent obtenu un succès complet par un expédient particulier: il poussait la capsule opaque et mobile derrière le bord pupillaire le plus rapproché de l'adhérence, et il réiterait cette manœuvre jusqu'à ce que l'opacité ne reprît point ou ne reprît plus qu'incomplètement sa place primitive; puis il enjoignait au malade de se tenir soigneusement couché sur le côté vers lequel il avait poussé sa membrane. Par son

poids seul, quelque petit qu'il soit, la capsule s'abaisse davantage; elle contracte des adhérences avec la face postérieure de l'iris, et ne remonte plus quand le malade, après quelques jours de décubitus sur le côté, se couche sur le dos ou reprend sa position verticale. A l'aide de ce procédé simple, M. Sichel a souvent eu un succès complet; malheureusement il ne réussit pas toujours. Il faillit: 1° quand le lambeau capsulaire est trop petit ou adhérent à un point du milieu de la marge pupillaire, et trop éloigné des bords latéraux; 2° lorsque la capsule présente plusieurs adhérences trop intimes que l'aiguille ne peut pas détacher; 3° lorsque la capsule est flottante et retenue par un seul filament long, très-mince et extensible, que l'aiguille ne parvient pas à rompre. Dans ces cas, l'extraction devient indispensable; mais il s'agit d'éviter les nombreux dangers attachés à la section et même à la ponction très-limitée de la cornée. C'est pour éviter d'une manière sûre ces inconvénients que M. Sichel a souvent songé à pratiquer l'extraction de la capsule opaque par la sclérotique.

On sait que Bell et Earle, en Angleterre, M. Quadri, en Italie, et dernièrement encore M. Siro-Pirondi, en France, ont proposé et exécuté sur le vivant, à l'exception de ce dernier, l'extraction de la cataracte lenticulaire primitive par la sclérotique. Si leurs essais n'ont pas eu un succès suffisant pour encourager d'autres chirurgiens à les imiter, et pour empêcher les trois premiers de ces chirurgiens d'abandonner cette méthode, cela semble tenir en partie aux inconvénients généraux d'une vulnération assez étendue du globe oculaire, de l'inflammation qui doit s'ensuivre et de la sortie d'un corps volumineux comme le cristallin entre les lèvres de la plaie. D'autre part, le danger de cette méthode a paru résulter à M. Sichel de la direction verticale donnée à la section de la sclérotique par les chirurgiens qui l'ont pratiquée sur le vivant. Il en résulte, en effet, que les contractions du muscle droit externe éloignent toujours la lèvre externe de la plaie de l'interne qui est adhérente à la cornée; que ces contractions, comprimant en même temps les humeurs contenues dans la coque oculaire, leur communiquent une tendance à s'échapper par les lèvres de la plaie, circonstances fâcheuses, dont la réunion doit puissamment augmenter les chances d'inflammation, de suppuration et de fonte de l'œil.

Il devra en être autrement, se dit M. Sichel, si, au lieu d'un cristallin volumineux, *on n'extrait qu'une capsule mince* ou un lambeau de cette membrane; si, au lieu d'une section étendue, *on ne fait qu'une ponction le plus limitée possible*, et si, en outre, au lieu de verticalement, l'ouverture de la membrane fibreuse est faite *transversalement*, parallèlement aux fibres du muscle droit externe, dont les contractions alors n'écarteraient plus l'une de l'autre les lèvres de la plaie.

L'hyaloïde étant toujours plus ou moins déchirée et le corps vitré plus ou moins ramolli ou liquéfié par suite des opérations de cataracte pratiquée à l'aiguille, M. Sichel pensa qu'il serait nécessaire en même temps de pratiquer la ponction de la sclérotique *le plus haut* possible; qu'on devrait choisir *les pinces les plus fines*, éviter tout mouvement brusque, trop étendu de cet instrument, dans la crainte de produire à la fois un écartement trop considérable des lèvres de la plaie et une contraction soudaine et trop violente des muscles de l'œil.

Les quatre observations pratiquées par l'auteur avec un plein succès, et rapportées à la suite de cette notice, prouvent que cette nouvelle méthode opératoire, exécutée d'après des règles tracées *à priori*, a, en effet, les avantages que M. Sichel supposait, et qu'il est permis d'espérer qu'après des essais répétés on la reconnaîtra pour une acquisition réellement utile dans le domaine de la chirurgie.

L'extraction de la capsule opaque par la sclérotique a fait penser à M. Sichel qu'on pourrait peut-être extraire certaines cataractes primitives par un procédé analogue, mais différent, par la direction de l'incision, de celui essayé par MM. Bell, Earle, Quadri et Siro-Pirondi. Il veut parler de ces cataractes primitives dont l'opération réussit bien mieux par l'extraction que par l'abaissement et par le broiement, comme, par exemple, les cataractes lenticulaires molles et demi-molles chez les personnes avancées en âge. On sait que cette opération, exécutée au moyen de la section de la cornée ou de la sclérotique, présente de très grands dangers, surtout à cause de la facilité avec laquelle la suppuration s'établit, et à cause de la difficulté de l'arrêter quand elle a commencé.

Ne pourrait-on pas espérer de diminuer ces dangers en opérant par la sclérotique, mais en incisant cette membrane *transversalement* dans son grand diamètre et dans la direction de la commissure palpébrale externe? Si cet espace était trop étroit pour permettre la sortie du cristallin *en totalité*, ne pourrait-on pas le faire sortir par fragments, et n'aurait-on pas l'avantage de pouvoir immédiatement extraire la capsule ou ses lambeaux à l'aide d'une pince, et n'éviterait-on pas par-là les cataractes capsulaires secondaires?

En terminant, M. Sichel fait observer que cette méthode, comme toutes les autres, doit nécessairement avoir ses inconvénients, et qu'il ne la proposera d'une manière plus positive qu'après s'être livré sur le cadavre et sur le vivant aux recherches et expériences nécessaires.

REVUE MÉDICALE.

Quelques remarques sur la colique dite de Madrid; par le doct. J. Misern, professeur à l'école royale de médecine de Madrid, médecin des infants d'Espagne, etc.

Nous donnerons seulement un résumé succinct de ce travail :

1° Il règne à Madrid une maladie dont la plupart des symptômes ont une très-grande analogie avec ceux des coliques saturnines à divers degrés d'intensité. Cette maladie a pour phénomènes consécutifs, dans un certain nombre de cas, des paralysies plus ou moins prononcées des extrémités supérieures;

2° Les narcotiques opiacés pour calmer les douleurs et les laxatifs doux, mais répétés, pour obtenir des évacuations alvines; les bains généraux, tièdes, etc., etc., sont les remèdes les plus convenables et les plus généralement employés;

3° Ces maladies sont sujettes à des récidives dans quelques cas, et se répètent parfois sur les mêmes individus dans des années successives. Les personnes qui en ont été affectées y sont en général plus disposées que les autres. Ordinairement toutes ces attaques de la maladie se ressemblen en tous points, à l'intensité près;

4° Les femmes et les enfants n'en sont atteints que très-rarement;

5° On ne les observe pas seulement sur des peintres ou sur des individus travaillant aux matières qui contiennent des préparations de plomb; elles affectent aussi fort souvent des personnes tout-à-fait étrangères à ces arts et à ces métiers;

6° Le plus ordinairement il est impossible de reconnaître la cause ou les causes qui ont donné lieu à la formation et au développement de ces états morbides.

Du traitement du ver solitaire par la fougère mâle, mise en parallèle avec l'écorce de la racine du grenadier sauvage; par M. Ronzel père, docteur en médecine à Saint-Étienne-aux-Claux (Corrèze).

Ce sont les résultats d'une pratique de quarante années (pratique pendant laquelle M. Ronzel a peut-être traité cent cinquante individus atteints du ver solitaire), que le médecin de Saint-Étienne-aux-Claux nous expose dans ce court article.

M. Ronzel n'a jamais échoué une seule fois dans l'administration de la fougère mâle: il a coutume de faire arriver les malades chez lui la veille, afin de donner le remède lui-même le lendemain de grand matin, et de s'assurer de la sortie du ver en délayant les matières rendues après le purgatif (huile de ricin), dans quelques seaux d'eau que l'on décante doucement: le ver se trouve au fond du bassin, tout en débris d'une, de deux, de trois ou d'un grand nombre d'articulations.

M. Ronzel réduit la poudre de fougère mâle en bols au moyen du sirop de fleurs de pêcher et il en fait tantôt plus, tantôt moins, selon la dose de la poudre et la facilité qu'ont les malades à avaler les bols: il en fait le plus souvent trente ou trente-six que les malades avalent dans l'espace d'un quart d'heure. Administré de cette manière, le remède ne répugne à personne et n'excite point de nausées.

Quant à l'écorce de la racine de grenadier sauvage, il est de notoriété publique que ce n'est pas toujours un remède certain; que cette écorce, même de l'aveu de ceux qui la préconisent, s'altère aisément; qu'on ne la trouve pas toujours commodément, et que son administration est souvent suivie de légers accidents, tels que vertiges, étourdissements, mouvements convulsifs, syncopes, etc., etc.

Il n'en en est pas ainsi de la fougère mâle. On peut l'avoir toujours fraîche; on la trouve partout; le remède ne coûte rien; ses bons effets sont constants, prompts et sans accidents.

La fougère mâle est donc, sans contredit, le véritable spécifique du ver solitaire, comme le quinquina est celui des fièvres intermittentes.

Observations sur l'emploi des frictions mercurielles à haute dose dans le traitement de la méningite; par J. Mazade, docteur en médecine à Anduze (Gard).

L'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la méningite n'est pas nouveau: il y a déjà plus d'un demi-siècle qu'on a constaté l'efficacité de ce moyen, et cependant on trouve dans la science peu de faits qui témoignent en faveur de cette médication. Un pareil résultat provient indubitablement de ce que, dans la plupart des cas, on n'a mis en usage cet agent thérapeutique que dans une période de la maladie trop avancée et rarement susceptible d'une terminaison favorable sous l'influence d'un traitement quelconque.

Frappé de ces vérités, M. Mazade s'est encore renfermé dans les bornes du traitement antiphlogistique dans le traitement de la méningite, avant d'essayer les frictions mercurielles, et ce n'est qu'après avoir constaté l'impuissance de la première méthode qu'il a eu recours à la seconde. Ses tentatives ont été couronnées de succès à trois reprises différentes: nous disons trois fois, quoique

ce praticien ait rapporté quatre observations; mais il nous est impossible de reconnaître pour une méningite les symptômes cérébraux qu'a offerts le malade qui fait le sujet de la première observation. C'était tout simplement un délire nerveux, un délire sympathique, et non pas une affection organique.

M. Mazade emploie jusqu'à rémission des symptômes, du côté de la tête, l'onguent mercuriel double en frictions sur l'abdomen, et il en porte la dose jusqu'à huit grammes toutes les trois heures.

Observations sur les kystes et les abcès des grandes lèvres; par le doct. Boys de Loury, chirurgien de Saint-Lazare.

Voici à peu près quelles sont les propositions qu'on peut tirer de ce travail :

1° Les kystes et les abcès des grandes lèvres sont des affections assez communes. Quoique différant beaucoup entre elles par leur nature, il arrive une période de leur existence pendant laquelle ils peuvent être confondus ensemble par leur aspect et par le traitement qu'ils exigent;

2° L'ouverture des kystes et des abcès des grandes lèvres doit être faite très-largement; il ne faut pas craindre d'enlever le plus possible la membrane qui tapisse le fond de la cavité ;

3° Plusieurs de ces kystes, qui sont formés de tissus solides, peuvent prendre un mauvais caractère, devenir squirrheux, et l'on peut voir cet état se communiquer aux parties voisines;

4° Les abcès des grandes lèvres doivent être ouverts de très bonne heure, si l'on veut éviter qu'ils deviennent très-profonds, et qu'il ne se forme une membrane semblable à celle des kystes;

5° Lorsque l'on trouve sur un des côtés de l'orifice du vagin une plaque de végétation déprimée à son centre, on peut de prime abord savoir qu'on a affaire à un ancien abcès ou à un kyste dont l'orifice est caché au milieu des végétations;

6° Les fistules incomplètes des grandes lèvres, tout en s'étendant jusqu'à la muqueuse du rectum, se guérissent au moyen d'une incision arrivant jusqu'à leur fond, quelle que soit leur profondeur;

7° Lorsque ces fistules sont devenues complètes, le meilleur mode opératoire paraît être l'injection caustique dans le trajet fistuleux, en y unissant la compression.

Revue des journaux étrangers.

Cas d'hémorrhagie utérine puerpérale dans laquelle la transfusion du sang a été employée avec succès; par Richard Oliver, médecin doct.

Le 26 juin 1837, à six heures du matin, l'auteur fut appelé pour donner ses soins à l'épouse de John Cook, tisserand. Elle venait d'accoucher d'un enfant à terme. C'était sa septième couche, et elle était âgée de quarante-deux ans. Le médecin la trouva épuisée par une hémorrhagie abondante qui ne faisait que de cesser. Le pouls se sentait à peine et la malade était presque sans sentiment, jetant de temps en temps ses bras de côté et d'autre. On lui administra sur-le-champ un demi-verre de rhum avec un peu d'eau, et on réitéra la même dose avec quelques cuillerées de bouillon deux ou trois fois à vingt-cinq minutes d'intervalle. Ce médicament n'amenant aucun effet, on lui substitua à sept heures et demie de l'eau-de-vie avec de l'esprit d'ammoniaque et de la teinture d'opium. Il survint un peu de réaction qui ne se soutint pas, et la malade, à une heure après midi, était affaiblie au point de ne plus pouvoir avaler. L'auteur, la voyant dans le coma le plus absolu, se décida à tenter la transfusion du sang. A une heure et demie, il se procura du sang de trois voisins bénévoles, ouvrit une veine au pli du bras de la malade, et procéda à l'injection sanguine, aidé de M. Bowman et du docteur H. Lonsdale, démonstrateur d'anatomie au collége de la Reine, à Edimbourg.

Nous ne décrirons pas toutes les précautions qu'il eut à prendre pour éviter d'introduire en même temps de l'air dans la veine. Il en était arrivé à la douzième once de sang environ, que la malade était encore sans pouls et sans connaissance; mais la respiration, quoiqu'encore bien faible et bien lente, recommençait à se manifester régulièrement; on ne distinguait pas encore les battements du cœur, mais on pouvait les présumer, et si léger que fût l'amendement, vu l'état désespéré de la femme et l'absence d'accident, dus à l'injection, on se décida à la continuer. On la recommença jusqu'à ce qu'on distinguât un léger retour du pouls. Encouragés par le succès, les chirurgiens continuèrent d'injecter, et virent au bout de quelques minutes la circulation se rétablir complètement, la connaissance et bientôt la parole revenir.

La malade recommença graduellement à bien aller, et put au bout de quelques semaines reprendre ses occupations de ménage. A l'exception de quelques maux de tête et d'une tendance à la constipation, elle n'eut aucun des symptômes qui prolongent presque indéfiniment la convalescence des hémorrhagies. Actuellement encore elle se porte très-bien.

L'auteur estime approximativement à vingt-deux onces la quantité de sang qu'il a

injectée chez cette femme. Il tire de ce fait les conséquences suivantes : L'oreillette droite, cet *ultimum moriens* de Haller, a, selon lui, son stimulant direct et approprié non pas autant en elle-même que dans le sang. Si donc on trouve moyen de lui en fournir artificiellement alors que l'économie a épuisé ses subsides, c'est le fil de l'existence qu'on renforce et qu'on fait passer sans rompre.

(*The Edinburgh medical and surgical journal;* octobre 1840.)

Absence d'un des lobes du cervelet, observée par le doct. Greene.

Un jeune homme de vingt ans mourut à l'hôpital de Hardwicke après douze jours d'une maladie inflammatoire. Il avait été robuste, parfaitement ingambe ; mais il était né sourd-muet. Les organes génitaux étaient bien développés, et des cicatrices à chaque aine paraissaient marquer qu'il en avait fait usage. Le lobe cérébelleux manquait complètement du côté gauche; et la cuisse du cervelet se réduisait à un petit tubercule continu au pont de Varole. La cuisse gauche du cervelet était plus petite que celle du côté droit, ainsi que la partie gauche de la protubérance, ce qui donnait à cette éminence un aspect tout-à-fait irrégulier. Les origines des nerfs n'offraient rien d'anormal. La fosse occipitale droite était très-basse, et le grand trou était placé obliquement, son diamètre antéro-postérieur regardant du côté droit.

(*Dublin Journal of medical science ;* juillet 1840.)

Hypertrophie des colonnes charnues du cœur; par M. Adams.

Un homme succomba au milieu d'un des nombreux et violents paroxysmes de dyspnée et de palpitation auxquels il était sujet. A l'ouverture, on trouva le ventricule gauche du cœur presque complètement occupé par les colonnes charnues, dont deux surtout étaient énormément hypertrophiées : les cordes tendineuses de la valvule mitrale l'étaient aussi.

(*Ibid.*)

Polype de l'iléon ; par M. Smith.

Une femme pauvre se présenta le 25 janvier 1840 à un des hôpitaux de l'*établissement industriel*, se plaignant d'avoir éprouvé la veille des coliques, des vomissements, de la diarrhée et du ténesme. Au moment de son entrée elle était constipée ; mais le vomissement et le ténesme continuèrent jusqu'au 27, où elle succomba après avoir présenté tous les symptômes d'une strangulation interne de quelque portion du tube intestinal. On n'avait pu, pendant la vie, reconnaître aucune tumeur abdominale, herniaire ou autre.

A l'autopsie, le péritoine offrit les caractères du premier degré de son inflammation, mais sans sécrétion aucune. La terminaison du petit intestin et le commencement du gros formaient une tumeur considérable se prolongeant de gauche à droite et de haut en bas, dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur était constituée par une invagination de l'iléon, s'étendant d'une longueur de douze pouces environ dans le cœcum et le colon, en franchissant la valvule iléo-cœcale. Un polype charnu, pyriforme, long d'un pouce et demi environ, s'implantait sur l'iléon et semblait le noyau primitif de l'invagination.

(*Ibid.*)

De l'hydrocyanoferrate de quinine.

Ce médicament, d'origine italienne, paraît avoir triomphé de fièvres, contre lesquelles le sulfate de quinine avait échoué. On avait d'abord donné de l'hydrocyanate simple de quinine. Mais comme ce sel est très-sujet à se décomposer, Bertozzi, de Crémone, lui a substitué l'hydrocyanate ferruré.

Le docteur Zaccarelli a réussi, avec ce nouvel agent, à couper des fièvres tierces et quartes contre lesquelles le sulfate de quinine avait été inutilement employé. Le docteur Carioli assure aussi s'en être très-bien trouvé.

Cette substance se présente sous la couleur de pois verts; son amertume est très-intense. Elle se dissout dans l'alcool, même à froid ; cette dissolution alcoolique est presque entièrement précipitée par l'eau. Ce sel est décomposé par l'acide sulfurique, par la teinture, l'infusion et la décoction de quinquina.

La dose est de quinze à vingt centigrammes.

(*Ibid.*)

Ischurie rénale de neuf ans de durée avec des vomissements supplémentaires de liquide analogues à l'urine; par le doct. F. L. Kreysig.

Une femme de vingt-cinq ans commença par éprouver des douleurs abdominales, des spasmes généraux, de la difficulté à vider la vessie et le gros intestin ; puis il survint de l'orthopnée et des symptômes phlegmasiques du côté de la poitrine et de l'abdo-

men, qu'on traita par les antiphlogistiques. On fut obligé d'employer le cathétérisme pour faire évacuer les urines. Vinrent ensuite des douleurs dans le genou droit qui forçaient la malade de rapprocher ce membre de l'abdomen. Deux ans après ces premières apparitions, les jambes s'enflèrent, la respiration devint plus difficile; la sécrétion urinaire se supprima et parut se remplacer par des vomissements de liquides où l'analyse chimique trouva les principes constituants de l'urine.

Le docteur Kreysig reconnut alors dans la région iliaque droite, près de l'épine, une tumeur s'étendant vers le foie et excessivement douloureuse au toucher. La malade avait commencé à observer cette tumeur quatre ans auparavant. Les vomissements urineux avaient lieu deux fois par jour avec une dyspnée tellement intense qu'on était obligé d'avoir recours à la saignée. La vessie était vide. On administra à la malade des bains tièdes, dans lesquels sa peau exhalait une odeur des plus fétides. On appliqua des liniments mercuriels et stimulants à la région lombaire.

Pendant quatre mois la tumeur ne cessa point d'augmenter, et gagna enfin la région épigastrique. Trois semaines après elle creva dans un spasme violent et répandit au dehors une énorme quantité de matière purulente: six semaines après cette solution, les vomissements cessèrent et les urines commencèrent à reprendre leur cours par les voies ordinaires. A quelques jours de là, la malade, dans une des crises spasmodiques et douloureuses que lui causaient les efforts de défécation, expulsa une masse du volume d'un œuf d'oie, ressemblant à du gras mêlé de pus, et répandant une odeur d'une fétidité insupportable. Dès ce moment les douleurs abdominales et le gonflement des extrémités inférieures disparurent; la menstruation qui avait cessé pendant toute la durée de la maladie reparut, et au bout de neuf mois la santé était complètement rétablie.

(*Journal de Hufeland.*)

Traitement de l'iritis; par Ammon.

Dans un ouvrage récemment publié sur l'iritis, ce professeur recommande avant tout les antiphlogistiques les plus énergiques aidés de la belladone en fomentations et en frictions sur les tempes et sur les paupières, et de l'usage interne d'un ou plusieurs des médicaments qui suivent: la ciguë, l'arnica, le colchique, la salsepareille, le tartrate d'antimoine, le sulfure rouge d'antimoine, le calomel, le sublimé corrosif, le précipité rouge de mercure, le muriate de baryte, la térébenthine, l'huile de foie de morue, l'hydriodate de potasse, etc. Il va sans dire que la sévérité du mal et la constitution du malade doivent guider le choix dans cette liste qui ne serait autrement qu'un dédale thérapeuthique. Si la constitution est rhumatisante, il administre le tartrate d'antimoine à la dose de dix à quinze centigrammes par jour, ou bien le colchique.

L'auteur donne une description très-minutieuse d'une iritis *séroso-cachectique* qui se voit chez des individus délabrés. Elle se reconnaît pour lui à l'obscurité de la cornée, à la décoloration de l'iris, à l'accumulation d'une substance blanche dans la chambre antérieure de l'œil; la surface postérieure de la cornée prend un aspect ulcéreux, sa portion centrale, obscurcie, fait saillie au-dehors; la conjonctive s'injecte et se tuméfie autour de la cornée. Cette maladie dure des mois et même des années. Si la cornée revient à sa transparence primitive, l'iris n'en reste pas moins décolorée, la pupille immobile. Dès le début de la maladie, la vue diminue ou se perd; il y a photophobie presque continuelle, et des douleurs sus-orbitaires se répètent souvent. Le traitement est difficile, et doit avoir particulièrement pour but de refaire la constitution s'il est possible. On doit employer, de préférence, les bains salés, la salsepareille, l'arnica, le sénéga et surtout l'hydriodate de potasse ou de soude.

Quant à l'iritis vénérienne, Ammon émet hardiment l'assertion suivante: si le malade n'a point encore fait connaissance avec le mercure, ce dernier fera des merveilles; autrement il ne fera qu'exaspérer le mal, et on devra lui substituer le foie de soufre, l'hydriodate et le carbonate de soude ou de potasse, la salsepareille et l'extrait de chélidoine. Le mercure ne doit être aussi employé qu'avec précaution, lorsque l'iritis syphilitique s'implante sur une constitution scrofuleuse; la ciguë, le sénéga, la salsepareille et l'eau de laurier-cerise sont alors plus spécialement indiqués.

Le professeur Ammon regarde comme une des formes d'iritis les plus intraitables celle qui suit une rétrocession subite de la teigne chez un scrofuleux. En pareil cas, le mercure et les antimoniaux sont également nuisibles: on doit leur préférer la baryte, la ciguë, les préparations d'iode, etc., les saignées locales et les révulsifs cutanés.

Lorsque l'iritis se présente chez des malades sujets aux affections arthritiques, et chez des femmes dont la santé s'est détériorée à l'âge de retour, on se trouve bien de la décoction de Zittmann et du carbonate de soude.

(*Schmidt's Jahrbucher.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 19 janvier.)

De la valeur médicale de la théorie de l'irritation, par M. Dubois (d'Amiens).

M. Dubois déclare que le but de son travail n'est pas de chercher à résoudre le problème de la certitude en médecine, mais seulement de juger la théorie générale de l'irritation. Dans la médecine, comme dans toutes les sciences, il reconnaît deux ordres de vérités, la vérité des faits particuliers, les vérités théoriques ; jusqu'à présent les vertus théoriques n'ont été que relatives.

Avant d'en venir aux préceptes de Broussais, il faut se rappeler qu'il appelait son école école physiologique, et qu'il avait puisé ses principes de physiologie dans la physiologie de Bichat. Ici M. Dubois se livre à la critique des propositions fondamentales qu'on trouve dans l'anatomie générale, sur les vaisseaux blancs et rouges, sur leurs anastomoses, sur les conditions de sensibilité, de contractilité dont Bichat les avait doués. Toutes ces propositions ne sont que de pures suppositions que Bichat avait tirées de son imagination, que jamais la nature ne lui avait offertes.

Les caractères que Broussais a tirés de ces principes erronés, et qui lui ont servi à jeter les fondements de sa théorie, qu'on trouve dans le livre de l'*Irritation et de la Folie*, ne pouvaient être que faux et imaginaires.

L'hyperhémie capillaire ne peut être la même chose que l'irritation. Dans cette dernière théorie, tous les corps de la nature indistinctement sont irritants, il n'y a de différence que dans le degré de leur efficacité. Or, d'après les faits observés, les corps peuvent être rangés dans quatre classes :

1° Corps exerçant une action mécanique capable d'altérer la substance animale, qui consiste en deux éléments bien différents, l'élément solide ou îles de substance animale, et les parois des vaisseaux, et les liquides que parcourent ces derniers ;

2° Corps qui exercent une action chimique ;

3° Corps vénéneux ;

4° Corps qui exercent une décomposition particulière et mal connue, comme les miasmes, par exemple. La manière dont chacune de ces classes agit sur les corps vivants diffère singulièrement de celle des irritants.

Tous ces faits, selon M. Dubois, ne peuvent servir à ériger une théorie générale en place de celle de l'irritation qui s'est écroulée. Ils permettent tout au plus une théorie partielle de l'irritation différente de l'ancienne. M. Dubois termine en souhaitant que tous les observateurs se tournent aujourd'hui vers les théories partielles, qui seules, dans l'état actuel de la science, peuvent avoir quelque certitude.

Le travail de M. Dubois a donné lieu à une discussion animée qui a occupé tous les loisirs de l'Académie, et de laquelle, comme cela arrive malheureusement trop souvent, il n'est rien résulté de neuf.

—

(Séance du 26 janvier.)

Nouvel instrument pour la réunion des plaies, par M. Desaix, de Reims; rapport de M. Velpeau.

M. Desaix a eu pour but de remplacer par deux nouveaux instruments les fils et les bandelettes agglutinatives dans la réunion des solutions de continuité, plaies ou fistules.

Un de ces instruments porte le nom de ténaculum simple, l'autre de ténaculum double. A leur aide, M. Desaix prétend obtenir la réunion immédiate plus souvent que par les autres procédés. Il faut dire cependant que dans les observations adressées par M. Desaix à l'Académie, l'emploi de ses instruments ne lui a pas fourni de beaux résultats.

Opérations de strabisme.

M. Philips présente deux individus qui ont subi l'opération du strabisme : l'un depuis six semaines et l'autre depuis deux mois. L'opération a réussi dans les deux cas, et la guérison se maintient. Chez l'un d'eux, affecté d'un strabisme convergent d'un seul œil, l'œil sain, dit M. Philips, s'est dévié en dedans quelques jours après l'opération. Cette déviation s'est peu à peu corrigée, et aujourd'hui elle est à peine apparente. M. Philips espère qu'elle disparaîtra complètement par la suite.

Ce chirurgien assure que le strabisme convergent produit par les muscles grand oblique et droit interne se complique de myopie due à l'action exagérée du grand oblique. Ainsi la section de ce dernier muscle fait disparaître instantanément la myopie et rend à l'œil la portée de vue ordinaire.

(Séance du 2 février.)

De la révulsion morale dans le traitement de l'aliénation mentale, par M. Leuret.

M. Leuret n'approuve pas les méthodes mises jusqu'à présent en usage pour combattre la folie. Les traitements médicaux et les travaux manuels ne lui suffisent pas. Selon ce médecin, l'aliénation consistant le plus souvent en un trouble des fonctions, c'est donc aux fonctions qu'il faut s'adresser pour la guérir. Il faut, en un mot, exercer sur le moral de l'aliéné une révulsion énergique, mais morale aussi, qui, s'emparant à chaque instant de son esprit, l'occupant, le tourmentant même quelquefois, le dérobe pour ainsi dire malgré lui aux folles conceptions de son esprit. Pour chaque espèce d'aliénation, il faut varier convenablement cette révulsion, et c'est au tact du médecin à faire habilement ce choix.

Il faut, pour établir la révulsion morale, avoir recours à tous les genres de distractions et les multiplier. A Bicêtre, M. Leuret a institué une école pour les aliénés où les arts, l'histoire, la géographie, la grammaire sont des sujets habituels de travail pour les aliénés. Plusieurs profitent de ces leçons, outre le bien moral qu'ils en retirent. Il en est cependant qui sont plongés dans un tel état de torpeur, qu'ils restent indifférents à tout ce qui les entoure. A ceux là on ne peut appliquer la révulsion morale qu'après les avoir arrachés à leur apathie. Que de malades maintenant

sortis de Bicêtre ont dû de recouvrer leur raison à ces soins pour ainsi dire incessants que M. Leuret a institués dans l'établissement qu'il dirige.

Le mémoire que M. Leuret a lu à l'Académie est terminé par deux observations fort intéressantes.

Dans la première, c'est une jeune fille qui se croit d'abord *religieuse*, puis *mariée* et enfin *pape*. Cette malheureuse était tellement tourmentée qu'elle avait déjà songé à mettre fin à ses jours.

Elle consulta M. Leuret, qui prit sur elle un grand ascendant, et lui fit donner sa parole qu'elle se soumettrait à tout. Elle y consentit. M. Leuret la sépara de ses parents et lui enseigna lui-même l'histoire, la géographie, etc. Enfin, au bout de six mois de persévérance, il parvint à obtenir une guérison parfaite.

La deuxième observation a pour sujet une jeune institutrice ayant une manie ambitieuse : elle faisait la muette, refusait de répondre autrement que par écrit et rapportait tout son mal au pharynx. M. Leuret, instruit de ces particularités, fait aussi le muet, examine brusquement sa gorge, où il ne trouve rien. Il prescrivit un traitement fort pénible, consistant en lotions astringentes dans le pharynx, plusieurs fois par jour, à l'aide d'un pinceau. Elle alla, de concert avec sa mère, chez le pharmacien qui devait préparer les médicaments, et arrivée là, quand elle les vit préparer, elle déclara qu'elle était guérie, par la seule peur de tous ces remèdes. Depuis elle a continué à parler, mais la guérison de la manie ambitieuse ne paraît pas encore très-complète.

Dans d'autres circonstances, M. Leuret entraîne les aliénés dans les spectacles et cherche à ranimer chez eux des passions opposées à celles qui les occupent.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Pariset, Double et Louis.

(Séance du 9 février.)

Rapport sur le filtre de M. Souchon.

M. Soubeiran a fait un rapport sur le filtre de M. Souchon, dont la nouveauté consiste dans l'emploi de la laine, dont les fils, tassés en masses nombreuses et dans un arrangement particulier, retiennent les corps les plus petits, tenus en suspension dans l'eau.

Voici quelles sont les conclusions de M. Soubeiran :

1° Ce filtre est d'une exécution facile et économique;

2° Il débite une grande quantité d'eau;

3° Son emploi est avantageux et il peut rendre des services véritables.

Ces conclusions ont soulevé, dans le sein de l'Académie, une vive opposition, et la discussion qui s'en est suivie a rempli presque toute la séance. Cependant, malgré la gravité des reproches qui ont été adressés à ce mode de filtrage, le rapport n'en a pas moins été admis.

Pierre de quarante grammes rendue spontanément par une femme de quatre-vingts ans.

M. Ségalas place sous les yeux de l'Académie une masse de pierres rendues spontanément par une vieille fille de quatre-vingts ans : au milieu de tous ces débris, rendus à des époques différentes, se remarque une pierre pesant quarante grammes et offrant cent trente-cinq millimètres (cinq pouces) de circonférence.

L'expulsion de ce calcul a nécessité de grands efforts et donné lieu à une perte de sang assez considérable et à une incontinence d'urine. Cette incontinence, complète d'abord, a cessé de l'être bientôt, et maintenant, au vingtième jour de l'expulsion, elle est très-peu notable. La malade garde les urines une heure et plus.

Les exemples de grosses pierres rendues par les femmes sont nombreux. On en trouve de fort remarquables dans les collections scientifiques et dans les ouvrages qui traitent des maladies des voies urinaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du lundi 4 janvier 1841.)

Renouvellement annuel du bureau.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un vice-président pour 1841.

Le nombre des votants est de 49; majorité absolue 25.

Au premier tour de scrutin,

M. Poncelet obtient	45	suffrages.
M. Beautemps-Beaupré	1	
M. Piobert	1	
M. Gay-Lussac	1	

Il y a un billet blanc.

M. Poncelet, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1841.

D'après le réglement, le président sortant ne peut être réélu; mais à l'époque où l'on dut s'occuper de nommer à la place de président, devenue vacante par suite du décès de M. Poisson, l'Académie décida que le membre qui serait appelé à exercer les fonctions de président pendant la dernière moitié de l'année 1840 ne perdrait pas pour cela ses droits dans la future élection.

En conséquence, M. Poncelet, qui avait été alors désigné comme président, s'est trouvé, relativement à l'élection de 1841, dans la même position que tous les autres membres appartenant aux sections des sciences mathématiques parmi lesquelles devait être pris cette année le vice-président de l'Académie.

M. Serres, vice-président pendant l'année 1840, passe aux fonctions de président.

Conformément au réglement, M. Poncelet, avant de quitter le fauteuil de président, rend compte de ce qui s'est fait pendant l'année 1840 relativement à l'impression des mémoires de l'Académie et des mémoires des savants étrangers.

(Séance du 11 janvier.)

Recherches médico-légales sur l'arsenic, par M. Danger et Ch. Flandin.

Ces chimistes viennent présenter à l'Académie le résultat de leurs expériences sur l'arsenic dans les os et dans le terreau des cimetières.

Pour chercher l'arsenic dans les os, ils les ont d'abord traités suivant la méthode indiquée par divers chimistes. Ils les ont fait brûler sur une

grille à une température modérée, et de manière à les ramener à l'état de charbon animal. Ils les ont ensuite pulvérisés et fait bouillir dans l'acide sulfurique, puis repris par l'eau et filtrés. Le liquide introduit dans l'appareil de Marsh a donné des taches abondantes. Pour déterminer la nature de ces taches, ils ont brûlé le gaz dans un appareil disposé de manière à ne rien laisser perdre des produits, et ils n'ont pas obtenu d'acide arsénieux.

Ils ont ensuite voulu s'assurer si, dans la combustion préalable, à l'air libre, des parties inflammables des os, il ne se dégagerait pas d'arsenic. Ils ont calciné les os dans une cornue en porcelaine, en faisant passer les produits volatils à travers un tube de même matière porté à la plus haute température qu'on puisse obtenir dans les laboratoires.

En brûlant, les gaz dégagés n'ont pas donné d'acide arsénieux.

Les liquides condensés n'en ont pas fourni non plus.

Le charbon déposé dans le tube, le noir animal qui restait dans la cornue, repris par les acides jusqu'à la complète destruction du carbone libre, n'ont produit aucune réaction qui ait pu faire soupçonner la présence de l'arsenic.

Ces expériences ont été répétées sur le terreau des cimetières de Paris. Traité par les acides, il a toujours fourni, avec l'appareil de Marsh, un gaz qui déposait des taches miroitantes sur la porcelaine. Mais les produits de la combustion de ce gaz ne contenaient pas d'acide arsénieux.

Même résultat par la calcination.

Toutefois, malgré ces résultats négatifs, ajoutent MM. Danger et Flandin, tant de causes peuvent disséminer de l'arsenic dans les terrains meubles, qu'ils n'induisent nullement de leurs expériences qu'on ne trouverait pas d'arsenic dans les localités mêmes où ils ont pris le terreau qui a servi à leurs essais.

—M. Martin de Mussy écrit qu'il se propose d'explorer les principaux états de l'Amérique du sud, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Malaisie, l'Inde, la Perse, la Syrie et l'Egypte. Son voyage a pour objet principal l'étude des maladies endémiques et épidémiques. Mais il se propose également de recueillir des documents relatifs à la géographie, l'ethnographie et l'histoire naturelle. Il prie l'Académie de vouloir bien lui indiquer les points vers lesquels il pourrait diriger le plus utilement, pour la science, ses investigations.

On remettra à M. Martin un exemplaire des instructions rédigées par l'Académie pour les voyageurs.

(Séance du 18 janvier.)

M. Donné adresse à l'Académie un paquet cacheté qu'il accompagne des observations suivantes :

Il annonce devoir présenter, dans quelque temps, une histoire physiologique du sang dans laquelle il examinera particulièrement l'origine et la fin des globules sanguins, ainsi que les principaux phénomènes que présente ce fluide; mais, comme les faits résultant des expériences de l'auteur trouveront naturellement leur place dans ses cours d'observations microscopiques de cette année, et qu'il compte traiter cette question avec beaucoup de détails dans celui qu'il commence en ce moment, il désire prendre date relativement à quelques points principaux, dont les uns sont consignés dans le paquet cacheté qu'il dépose, et dont les autres sont énoncés comme il suit :

1° Une nouvelle démonstration de l'état de la fibrine et des globules dans le sang, au moyen du traitement par le sulfate de soude, qui, d'une part, n'altère pas les propriétés essentielles de la fibrine et permet de suivre son développement de condensation, et, de l'autre, laisse également aux globules la faculté de subir leurs plus importantes modifications, telles que celles de rougir au contact de l'air, etc.

2° Les conditions de la formation de la couenne, dont il faut tenir compte pour se rendre raison de ce phénomène dans les diverses circonstances où il se présente, savoir : 1° la densité du sang; 2° le temps que met ce liquide à se coaguler après sa sortie des vaisseaux; 3° la proportion et l'état de la fibrine.

3° Il montrera enfin le résultat de diverses sortes d'alimentations sur de jeunes animaux, l'action de la bile sur quelques substances alimentaires, etc.

L'Académie accepte le dépôt du paquet cacheté adressé par M. Donné.

(Séance du 25 janvier.)

Mémoire sur l'étiologie du strabisme, lu par le D. Jules Guérin.

L'objet de ce mémoire est d'établir la véritable étiologie, l'étiologie expérimentale du strabisme, de démontrer qu'il y a deux sortes de strabisme d'une nature tout-à-fait différente dans lesquelles se résolvent toutes les variétés connues et à connaître de cette difformité ; l'une que l'auteur appelle strabisme *mécanique* ou *musculaire actif*, l'autre *optique* ou *musculaire passif;* que le strabisme actif et le strabisme passif ont des caractères parfaitement distincts ; que l'un est toujours susceptible de guérison, ou au moins d'amélioration par la section des muscles de l'œil; que l'autre, au contraire, ne doit jamais être opéré, parce qu'il est toujours réfractaire à l'opération.

L'auteur présente une série de propositions à l'aide desquelles il cherche à établir la doctrine que nous venons d'indiquer.

I. Les mouvements du corps humain, ceux de l'œil comme ceux de toutes les autres parties, doivent être distingués en mouvements *subordonnants* et mouvements *subordonnés*. Les muscles de l'œil peuvent imprimer à cet organe des mouvements *directs primitifs* qui précèdent l'acte de la vision, et sont le produit immédiat de la volonté, et des mouvements *indirects consécutifs* qui suivent l'acte de la vision commencé et dont la volonté n'a pas conscience. L'auteur appelle les premiers les mouvements *mécaniques*, parce qu'ils déplacent l'œil, indépendamment du but final auquel ils peuvent être employés, et il appelle les seconds les mouvements *optiques*, parce qu'ils reçoivent d'un mode particulier de la vision, auquel ils sont subordonnés, une impulsion que l'instinct seul dirige, comme lorsque les deux globes oculaires convergent pour concourir simultanément et s'adapter à la vision distincte d'un objet graduellement rapproché.

II. Les deux espèces de strabisme, le strabisme *mécanique* et le strabisme *optique* correspondent aux deux espèces de mouvements de l'œil; le strabisme mécanique aux mouvements subordonnants ; le strabisme optique aux mouvements subordonnés. L'auteur rejette en dehors du cadre du strabisme les déplacements de l'œil produits

par une tumeur de l'orbite ou quelque cause analogue, parce qu'ici en effet la déviation de l'œil n'est que l'apparence extérieure et grossière du fait et non le fait lui-même, tandis que, dans le véritable strabisme, c'est le changement de direction qui constitue le caractère essentiel de la difformité.

En théorie, l'existence des deux espèces de strabisme est facile à concevoir : qu'un des muscles de l'œil soit atteint de raccourcissement permanent, il est évident qu'il devra arriver deux choses : d'une part, l'axe oculaire sera dévié dans le sens du muscle raccourci, et, d'autre part, les deux yeux cesseront d'être dirigés symétriquement, et ne parcourront plus pendant leurs mouvements simultanés les mêmes espaces; en d'autres termes il y aura strabisme, strabisme musculaire primitif ou mécanique. Au contraire, qu'en vertu d'une disposition organique particulière, le trajet de l'axe oculaire qui, à l'état normal, se confond avec l'axe visuel ou optique, soit fermé dans un de ses points au passage de la lumière, l'œil modifié ne pouvant plus recevoir l'image de l'objet dans la position où l'œil normal la reçoit, en cherchera une qui permettra à la lumière d'arriver directement sans être interceptée du point distinctement regardé à la rétine. Il se déviera donc et il en résultera une désharmonie dans la situation relative des deux yeux, c'est-à-dire strabisme consécutif, musculaire passif ou optique, subordonné à une altération des conditions de la vision.

L'auteur établit expérimentalement l'existence des deux espèces de strabisme, il commence d'abord par le strabisme mécanique et il démontre que « le strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction différemment distribuée et combinée dans les muscles de l'œil. »

C'est, comme on le voit, la même formule que pour les difformités articulaires du système osseux, et l'auteur fait reposer la démonstration de cette formule sur la même base que la démonstration de la formule relative aux difformités articulaires, c'est-à-dire sur la *série étiologique*, c'est-à-dire encore sur la disposition des produits de la cause qui a déterminé le strabisme en série d'actions décroissantes, depuis le strabisme permanent des deux côtés avec difformité de toutes les articulations et altérations matérielles des centres nerveux, jusqu'au strabisme qui ne conserve plus aucun reflet évident de l'affection nerveuse dans les autres muscles du corps, mais avec les caractères spécifiques qui se retrouvent dans les autres termes de la série.

Voici maintenant à l'aide de quels caractères l'auteur remonte du dernier anneau de la chaîne jusqu'au premier.

Ces caractères sont de deux ordres : les caractères *indirects* et les caractères *directs*.

Les premiers sont fournis par les circonstances relatives à l'origine, au mode de développement, à la marche et à la terminaison de la difformité. Le strabisme mécanique naît ordinairement aux époques de l'enfance, fertiles en affections convulsives, aux époques de la dentition, à la suite des affections des centres nerveux. Une fois développé, il persiste ordinairement, augmente avec le développement de l'organe et la croissance du sujet, et devient de plus en plus permanent. Les émotions violentes peuvent l'accroître momentanément. Jamais le strabisme mécanique un peu prononcé ne guérit sans l'opération, quand le spasme musculaire est passé à l'état de rétraction.

Les caractères *directs* se résument dans les suivants :

1° Direction du globe oculaire.

L'auteur établit que la déviation de cet organe ne se fait pas toujours en dedans, comme le voulait Buffon; qu'il n'y a pas, dans le strabisme, un fait uniforme exprimant constamment un but uniforme, comme le serait le besoin, supposé par ce naturaliste, de faire dévier l'œil le plus faible pour le soustraire à des images confuses; mais une série de directions anormales, aussi nombreuses et aussi variées que peuvent l'être les mouvements physiologiques de l'œil. L'auteur établit aussi, par l'observation, l'existence du strabisme double, et trace les combinaisons qui reproduisent les mouvements physiologiques de l'œil, et il fait remarquer combien toutes ces variétés de la difformité sont propres à caractériser leur véritable origine.

2° Forme du globe oculaire.

Elle est le siége d'une modification caractéristique, qui consiste en un changement de sphéricité du globe. Ordinairement la partie qui occupe le milieu de l'espace entre les deux paupières est plus bombée que le reste du globe oculaire. La portion qui correspond au muscle rétracté offre une dépression qui devient plus sensible à mesure qu'on provoque le redressement de l'œil. Dans le plus grand nombre des cas la pupille est plus dilatée du côté du strabisme; dans les cas un peu prononcés, elle est élargie dans le sens opposé à la déviation. Enfin, tout le globe oculaire frappé de strabisme est plus petit que celui du côté opposé.

3° Mouvements du globe oculaire.

Le degré de mobilité dans le sens opposé à la déviation varie depuis l'immobilité presque complète dans laquelle le malade dit sentir son œil bridé, et qui constitue ce que l'auteur appelle le strabisme *fixe*, jusqu'à la mobilité presque complète qui constitue le strabisme *rudimentaire* ou *insuffisant*. En outre, à chaque effort prononcé pour redresser l'œil dévié, l'œil sain obéit à la même impulsion d'une quantité proportionnelle, de manière à simuler un strabisme du côté opposé. Elle est, dit l'auteur, l'expression d'un effort considérable du muscle opposé au muscle rétracté; or, les mouvements simultanés des deux yeux étant subordonnés pour le degré à une même somme de contraction dans leurs muscles homologues, il en résulte un déplacement extrême de l'œil sain sous l'influence d'une contraction exagérée dans les muscles correspondants de l'œil affecté.

Les mouvements *optiques*, dans le strabisme mécanique, ne sont pas moins importants à considérer. En général, quand on veut regarder avec l'œil strabique, il tend à se redresser, et ce redressement est toujours en raison inverse du degré de raccourcissement musculaire, en sorte que dans le strabisme insuffisant, la difformité n'existe que dans la vision distraite, et constitue ce que Buffon appelle un *faux trait* dans les yeux. Enfin, lorsque le strabisme est double, dans le même sens et au même degré, chaque œil se redressant alternativement pour regarder, la difformité semble voyager d'un œil à l'autre.

4° Etat et mode d'exécution de la vision.

Les louches voient moins de l'œil dévié. Buffon

s'appuyait de ce fait pour soutenir sa théorie sur l'étiologie du strabisme. M. Jules Guérin montre le peu de fondement de cette théorie, en lui opposant ce simple fait du développement plus ou moins rapide de la force visuelle dans l'œil opéré presque immédiatement après l'opération. Cette faiblesse relative de l'œil strabique et la myopie qui l'accompagne presque toujours, et, comme elle, disparaît après l'opération, ne sont donc que consécutives, et on ne peut méconnaître leur relation intime avec la cause de la difformité, puisqu'elles cessent avec elle.

L'exercice de la vision, dans le strabisme mécanique, présente une dernière circonstance à noter, c'est son mode d'exécution. Un grand nombre de strabiques ne regardent que d'un œil, et ce fait seul explique le crédit qu'a conservé jusqu'ici la théorie de Buffon. Mais il n'en est pas toujours ainsi :

1° Dans le strabisme rudimentaire, les malades regardent des deux yeux;

2° Dans le strabisme double, égal des deux côtés, certains malades regardent alternativement de l'un et de l'autre œil;

3° Beaucoup de strabiques continuent à regarder longtemps avec les deux yeux, mais voient double;

4° Enfin, presque toujours les opérés, avant de récupérer la vue distincte par les deux yeux, sont quelque temps diplopes. Or, toutes ces particularités sont dans un rapport parfait avec la cause de la difformité.

Enfin, un dernier caractère direct du strabisme mécanique, c'est la transformation fibreuse des muscles rétractés, produite, comme M. J. Guérin l'a établi depuis long-temps, par les tractions permanentes auxquelles les muscles sont soumis.

M. J. Guérin termine cette première partie de son mémoire par quelques considérations sur la véritable signification du fait de la rétraction musculaire. Cette rétraction est un fait complexe produisant des effets relatifs à tous les modes, à tous les degrés, à toutes les combinaisons dont il est susceptible, et le strabisme mécanique peut présenter diverses variétés, suivant que la rétraction est arrivée à sa complète réalisation, ou suivant que la contracture existe à l'état de contracture fixe, à l'état de contracture spasmodique intermittente, et à l'état de relâchement paralytique, ou enfin suivant le mode de distribution, de combinaison et d'association des différents degrés et des différents modes de la rétraction, par rapport aux différents muscles d'un seul œil ou des deux yeux.

NOUVELLES.

Enseignement.

Il vient de s'ouvrir, au Val-de-Grâce, un nouveau concours pour deux chaires de pathologie externe, vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Metz et de Lille. Le jury est composé de MM. le baron Larrey, président, Bégin, Lacroix, Choquet, Baudens, Michel Levy, Duponchel, Desruelles; MM. Piron et Daenzer, suppléants.

— M. Dumas, membre de l'Institut, professeur de chimie organique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences, en remplacement de M. le baron Thénard, démissionnaire.

— Diverses ordonnances viennent d'établir et d'organiser des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie à Amiens, à Caen, à Poitiers, à Rennes et à Rouen. Un arrêté du ministre de l'instruction publique organise le personnel de ces écoles.

—

Hygiène publique.

Une épidémie de méningite cérébro-spinale, rappelant celles qui ont régné à Versailles, à Rochefort et dans quelques autres villes, s'est déclarée dans la garnison de Strasbourg.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 21 janvier, M. le D. Charles Londe, membre de l'Académie royale de médecine, est nommé inspecteur des eaux minérales d'Hauterive.

On écrit de Reggio (royaume de Naples), le 4 février :

« Le médecin en chef de l'hôpital des fous de Reggio, M. l'abbé Bollonia, qui a toujours mis au nombre des moyens les plus efficaces pour combattre les maladies mentales, celui d'occuper les aliénés alternativement à des travaux manuels et à des jeux analogues à leurs goûts, à l'éducation qu'ils ont reçue, et à la position sociale où ils se trouvaient, a dernièrement essayé d'en faire assister quelques-uns à une représentation théâtrale. Par ses ordres, vingt-six pensionnaires de son établissement furent conduits au grand théâtre de notre ville. Ils prirent place dans une loge en face de la scène, et au fond de laquelle se tenait M. l'abbé Bollonia, qui avait eu la précaution de faire remettre à chaque spectateur, dès son entrée dans la salle, un bulletin imprimé par lequel il était instruit de la présence des malades, et prié de ne rien faire qui pût les offenser ou irriter leur mal. Les aliénés ont écouté les pièces, qui, bien entendu, avaient été choisies par M. Bollonia lui-même, avec la plus grande attention, sans faire la moindre manifestation en aucun sens, et sans se parler entre eux-mêmes quand le rideau était baissé.

« M. Bollonia assure que le spectacle a fait une impression des plus salutaires sur tous les vingt-six aliénés; que déjà le lendemain un mieux plus ou moins considérable s'était manifesté dans leur état mental, et que, depuis, leur guérison n'a cessé de faire des progrès. »

—

Nécrologie.

Tous les journaux politiques ont annoncé la mort de sir Astley Cooper. Aussi ne rapportons-nous ce fait que pour mémoire. L'émule de Dupuytren avait soixante-treize ans; il a succombé à une hydropisie due à une affection organique du cœur.

LANDRÉ-BEAUVAIS.

M. Pariset a lu sur la tombe de M. Landré-Beauvais, au nom de l'Académie, le discours suivant :

« Avec quelle rapidité nos pertes se multiplient, Messieurs ! et quel deuil pour la science et pour l'humanité ! Deux hommes s'aimaient et s'estimaient, dignes eux-mêmes d'être estimés de tous les hommes. Nés dans la même année, presque à la même époque, traversés dans leur jeune âge par les mêmes vicissitudes, jetés çà et là par les événements politiques, mais passionnés pour la médecine, et conduits par cette passion même à Paris, rapprochés l'un de l'autre dans le même hôpital, unis sous le même maître, attachés à ce maître vénérable, se pénétrant de son savoir et de son esprit, et de ses élèves devenant ses amis, ses suppléants, ses adjoints, ses successeurs : tel a été Esquirol, tel a été Landré-Beauvais. Esquirol vient de mourir, vous le savez; Landré-Beauvais meurt. Sa froide cendre est là, sous vos yeux, et tout à l'heure nous en serons séparés pour jamais. C'est dans le même temps que ce monde s'est ouvert et s'est fermé pour eux; c'est en même temps que Dieu les appelle à lui pour les faire entrer d'une vie mortelle dans une vie qui ne doit point finir; car ce que Tacite dit d'Agricola, je le dirai pour ces deux hommes que nous pleurons; s'il est après la mort un lieu réservé pour l'âme du juste, c'est là, c'est dans cet éternel asile de paix et de félicité que les âmes de nos deux amis ont été reçues. Quelle singulière parité dans leur destinée, et quelle parité non moins singulière dans leurs sentiments, dans leurs caractères, et jusque dans leurs infirmités ! Plein de lumières comme Esquirol, Landré-Beauvais était simple comme lui, modeste comme lui, loyal et désintéressé comme lui, charitable et religieux comme lui, et, comme lui, l'honneur de la médecine, comme lui digne d'être proposé pour modèle à l'imitation de tous les hommes. J'ajoute qu'ils étaient nés l'un et l'autre avec une poitrine faible et délicate; mais que, dans les organes de cette partie si essentielle de nous-même, Landré-Beauvais éprouva des accidents plus redoutables; que, pendant une longue suite d'années, il n'a dû sa conservation qu'au secours de son art; et qu'ayant appris par ses propres maux à guérir ou à soulager ceux d'autrui, cette expérience personnelle a été le principe de sa fortune médicale. Il était lui-même une preuve de son habileté. Vous donnerai-je quelques détails sur sa vie? Landré-Beauvais naquit à Orléans le 4 avril 1772, d'une ancienne famille de magistrature. Il fit ses premières études dans sa ville natale, et sa philosophie au collége d'Harcourt. Cependant il suivait à l'Hôtel-Dieu les leçons de Desault, et fut élève interne sous ce grand chirurgien. En 1792, il partit pour Lyon, et prit les leçons de M. Petit. Sur la demande de l'administration de l'hôpital de Châlons, M. Petit l'envoya dans cette ville pour y remplacer un chirurgien chargé d'années. L'armée française venait de forcer les lignes de Wissembourg. Des soldats blessés affluèrent à l'hôpital de Châlons, et reçurent de Landré-Beauvais les soins les plus actifs et les mieux entendus. Après de courts voyages de Châlons à Paris et de Paris à Châlons, il revint, en 1796, se fixer dans la capitale. Il fut d'abord élève interne à la Salpêtrière. Pinel reconnut bientôt dans le mérite de cet élève le mérite d'un homme fait pour en avoir. Il le fit son aide. L'année suivante, l'administration lui donna le titre d'adjoint; et c'est alors qu'il remplaça Pinel dans ces leçons cliniques qui attiraient des flots d'auditeurs. C'est alors aussi que, sous les auspices de Pinel, les talens d'Esquirol, de Landré-Beauvais et de Schwilgué donnèrent à l'école de la Salpêtrière un éclat rival de celui de la Charité. Heureuse émulation qui tournait aux progrès et à la gloire de la médecine ! De là aussi est né le bel ouvrage de Landré-Beauvais sur la séméïotique, ouvrage qui donne à son nom une si grande et si juste célébrité. Je ne parlerai point des autres écrits qu'il a publiés dans des recueils scientifiques. Vous savez le reste, Messieurs. Il a été quatorze ans médecin de l'école Polytechnique, et sept ans doyen de la Faculté. Partout il a fait connaître, partout il a fait aimer sa modération, son équité, sa bienfaisance. Il fut un des premiers membres titulaires de l'Académie royale de médecine. En 1830, les événemens le contraignirent à la retraite. Mais sa santé devint de plus en plus chancelante; le mal s'aggravant par les années, et ses forces détruites, le 26 décembre 1840, précisément quatorze jours après la mort d'Esquirol, il a cessé de vivre. Il était le dernier de cette sorte de pleïade médicale qui avait inspiré tant d'admiration et tant de respect. Ce qui peut du moins adoucir pour nous l'amertume de sa perte, c'est la consolante pensée qu'il repose aujourd'hui dans le sein de la Divinité : c'est le droit qu'il nous a donné de nous identifier à lui et de nous honorer de ses propres vertus. Pinel, Esquirol, Landré-Beauvais, trois noms désormais inséparables dans nos souvenirs; trois objets d'une éternelle vénération pour nous et pour la postérité. Qu'ajouter à un si glorieux panégyrique ! »

Le directeur de service, *J. LEBAUDY.*

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 10. — AVRIL 1841.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Mémoire sur l'action du mercure et celle de ses préparations sur l'économie animale.— De leurs usages thérapeutiques dans quelques affections des yeux.

Dans un mémoire qui fut couronné à la Faculté de médecine de Paris, en 1837, j'étudiais les effets thérapeutiques du mercure et de ses préparations, et je rapportais à l'appui de mes recherches un assez grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital des cliniques où j'étais alors attaché comme interne. Pour répondre à la question d'une manière plus convenable, je dus faire en quelque sorte une monographie du mercure. Ce sont quelques fragments de ce travail que je me propose de publier, non plus sous leur forme primitive (car alors je rentrerais dans le cadre que je veux éviter dans une monographie; et pour celui qui desire avoir un semblable traité, je ne puis mieux faire que de le renvoyer à celui de matière médicale de M. le professeur Trousseau), mais bien comme revue de quelques-unes des affections où l'on administre ce médicament d'une manière plus spéciale. J'éviterai de la sorte des longueurs et des répétitions. Cependant, avant d'étudier l'action que ce métal ou ses préparations peuvent avoir sur certains états morbides, il m'importe de faire connaître comment il agit sur l'économie tout entière, par quels phénomènes il manifeste sa présence, et enfin quels sont les accidents qui peuvent survenir à la suite de son emploi mal entendu.

Comme les effets paraissent se reproduire d'une manière constante, quelle que soit la maladie qui réclame son usage, ce que je vais dire s'appliquera à chacune des affections que j'aurai à étudier par la suite, et dès lors j'éviterai de répéter plusieurs fois en particulier ce que j'aurai établi d'une manière générale.

Action des préparations mercurielles sur l'économie.

Pour que les mercuriaux exercent une certaine influence, soit locale, soit générale, ils doivent être administrés pendant un temps et à des doses variables selon l'âge, le tempérament, les habitudes de ceux qui en font usage, et selon la température du climat qu'ils habitent. Il est difficile de préciser à cet égard des règles générales. Mais, en tenant compte de chacune de ces particularités, passons en revue les divers phénomènes qu'ils ne manqueront pas, ou rarement, de reproduire.

Un des premiers effets de l'emploi du mercure est, d'après M. Trousseau, non seulement de s'opposer à la coagulation du sang, mais encore d'augmenter sa fluidité, d'en faciliter la circulation et d'amener un état anémique qui prédispose, soit à des hémorrhagies passives, soit à l'aménorrhée. C'est sur cette propriété qu'on s'est fondé pour administrer ce médicament dans les inflammations, le regardant comme un antiphlogistique puissant, lui attribuant en même temps des propriétés fondantes, susceptibles de faire disparaître en tout ou en partie certaines tumeurs qui reconnaissaient pour cause une gêne dans la circulation des fluides. Mais, pour que cette action du mercure se manifeste, il faut qu'il soit absorbé et entraîné dans la masse du sang dont il doit modifier de la sorte, soit la qualité, soit la quantité.

Deux modes d'introduction peuvent également le faire agir ainsi et opérer cette absorption, à l'extérieur en frictions, et à l'intérieur.

La préparation la plus généralement employée à l'extérieur est l'onguent mercuriel ou napolitain. Si l'on fait un fréquent usage, dans certaines affections cutanées, du protochlorure ou calomélas, il agit plus spéciale-

ment d'une manière locale et produit rarement l'effet que j'indique. Aussi je n'insisterai que plus tard sur l'emploi de cette préparation. Quant à l'onguent mercuriel, son absorption est prompte, facile, et les symptômes généraux qu'il développe apparaissent rapidement, quand il est convenablement administré. Pour qu'il en soit ainsi, il faut frictionner avec cet onguent la partie qui doit en opérer l'absorption, surtout quand cette région est recouverte de son épiderme. J'insiste à dessein sur cette particularité, parce que la peau recouverte de son épiderme est complètement privée de la propriété absorbante, et j'ai appliqué sur elle des quantités prodigieuses d'onguent mercuriel sans que jamais celui-ci fût absorbé quand on ne frictionnait pas.

Pour qu'il le soit par les frictions qu'on exerce, il faut irriter la peau au point de la faire rougir et de l'imbiber en quelque sorte par la pression de l'onguent qu'on étale sur elle. Si toutes les fois qu'il y a eu absorption on n'a pas exercé les frictions que j'indique, c'est qu'elles ont été produites d'une manière différente. Chacun connaît l'espèce de corset que portaient autrefois les malades qui faisaient usage de ce médicament. Quelques praticiens en font mettre encore de nos jours une certaine quantité dans le creux de l'aisselle. On comprend assez le mode d'action d'une pratique qui, je crois, n'est rien moins qu'avantageuse, comme je l'indiquerai plus tard. Ainsi, sans friction ou ablation préalable de l'épiderme, il n'y a pas d'absorption possible du mercure, et dès lors sa simple application, comme quelques personnes, dans ces derniers temps, l'ont tant préconisé, ne remplit nullement le but qu'on s'était proposé d'atteindre. Je me réserve, en m'appuyant sur des faits bien observés, de mettre cette question hors de doute.

Administré à l'intérieur, le mercure agit de deux manières bien distinctes :

Tantôt il a pour unique effet d'irriter la muqueuse intestinale, d'augmenter le mouvement péristaltique de l'intestin, et dès lors c'est un purgatif, comme l'est par exemple le calomel à haute dose. Le plus souvent alors il n'y a pas absorption. Que la même préparation soit donnée en moins grande quantité, elle sera absorbée ; son effet sur la muqueuse intestinale sera pour ainsi dire nul, et son action sur l'économie entière deviendra d'autant plus manifeste qu'il y en aura une plus grande quantité d'employé. Le deuto-chlorure, les iodures, le protochlorure à doses fractionnées opéreront surtout ce résultat, tandis que le dernier, donné à haute dose, agira plus spécialement comme purgatif.

Quelle que soit la voie par laquelle une quantité suffisante de mercure est introduite dans l'économie, aussitôt qu'il existe une certaine salivation, le sang tend à contracter de plus en plus les qualités que j'ai indiquées plus haut, en même temps que d'autres organes sont influencés d'une manière que je vais décrire maintenant.

Un des phénomènes les plus constants de l'usage un peu plus ou un peu moins prolongé du mercure est cet état particulier de la muqueuse buccale qui commence par donner d'abord une saveur métallique désagréable à laquelle participe l'haleine, qui devient un peu fétide. Les gencives se gonflent; en même temps qu'une pellicule blanchâtre et mince les recouvre, et qu'une douleur assez vive accompagne la muqueuse linguale, celle du voile du palais et du pharynx acquiert une rougeur plus intense : quelquefois la totalité de l'épaisseur de la langue participe à cette tuméfaction au point de ne pouvoir plus être contenue dans la cavité buccale. On l'a vue dans quelques circonstances tomber au-devant de la poitrine, et par la pression qu'elle exerce sur les dents inférieures, être profondément ulcérée, ou celles-ci expulsées de leurs alvéoles.

A mesure que cet état augmente d'intensité, toute la muqueuse se boursoufle davantage et se couvre d'ulcérations à fond grisâtre, dont la profondeur et l'étendue s'accroissent en raison directe de la cause qui les produit.

Le périoste alvéolo-dentaire semble participer à cette altération, et les dents, les inférieures d'abord, puis les supérieures, du collet desquelles s'est détachée la gencive, deviennent vacillantes et finissent par tomber, si la cause qui produit ces désordres continue.

Cet état s'accompagne, au bout de quelques jours, d'une plus grande abondance de sécrétion du fluide buccal; il n'est pas rare de voir les premiers symptômes de salivation survenir en même temps que le gonflement de la muqueuse; et dans quelques cas exceptionnels, il est vrai, la salivation se développe d'emblée, et précède de quelques jours le gonflement, qui n'est alors que consécutif.

Peu à peu la quantité du liquide expulsé augmente au point que dans un état avancé de la maladie (car ces accidents constituent une maladie véritable), les malades crachent jusqu'à un litre de liquide dans les vingt-quatre heures. Ce liquide est filant, ressemblant presque à du blanc d'œuf transparent, non spumeux, et paraissant presque exclusivement formé par du mucus. Je ne sache pas que l'analyse de ce liquide ait jamais été faite. Cependant il serait de la plus haute importance de constater s'il contient une quantité surabondante de salive, ou si le mucus, au contraire, y prédomine ; de savoir, en un mot, s'il est le produit de la sécrétion salivaire, ou s'il n'est que le résultat de l'exhalation augmentée de la muqueuse buccale.

On s'étonnera peut-être de voir soulever, et surtout mettre en doute, une question qui paraît depuis long-temps établie dans la science; mais on reviendra facilement de

cet étonnement, pour peu qu'on réfléchisse au nombre de faits qui paraissaient être autant d'axiomes et que le plus simple examen a souvent suffi pour détruire. Peut-être pourrait-il en être ainsi pour celui dont il s'agit maintenant.

Et si, pour combattre cette idée si généralement répandue, que le mercure agit d'une manière toute spéciale sur le système glandulaire, je suis contraint d'entrer dans quelques détails, on me les pardonnera en réfléchissant à l'importance du sujet.

En effet, ce n'est pas une discussion oiseuse que soulève la solution de cette question ; car sur elle ont été basées des méthodes thérapeutiques dont il faut démontrer non seulement l'inutilité, mais dans quelques circonstances les inconvénients. C'est du moins ce à quoi j'espère parvenir. J'entreprends cette tâche avec d'autant plus de plaisir, je dirai presque de confiance, que lorsqu'en 1837, dans mon premier mémoire, j'émettais ces idées, je ne connaissais nullement celles de M. Trousseau sur ce sujet; et comme aujourd'hui je crois que cet habil eprofesseur les partage presque en totalité, je ne crains plus, avec un aide semblable, de m'aventurer dans la lice.

Lorsque la salive est recueillie avant son mélange avec d'autres fluides, elle est claire, transparente, à peine filante, si tant est qu'elle le soit; car sur mille parties elle contient, d'après l'analyse qu'en a donnée Berzelius, 992,9 parties d'eau, 1/4 de mucus et quelques sels. Avec de telles proportions, on comprend quelle liquidité elle doit avoir. Cette apparence ne s'observe plus dans le liquide qui résulte de la salivation mercurielle. Lorsque, par une cause quelconque, la sécrétion d'une glande est de beaucoup augmentée, cette glande devient turgescente, plus volumineuse, en raison de son accroissement de vitalité et de l'exagération de sa fonction. Le testicule, la glande mammaire, le foie, le rein, offrent de nombreux exemples de ce fait, et les parotides elles-mêmes n'y sont pas étrangères. Elles ont d'intimes rapports avec les organes génitaux. Elles entrent en turgescence, lorsque les désirs vénériens se font sentir, et les animaux en chaleur salivent abondamment. Burdach fait observer avec beaucoup de raison que les glandes salivaires sont presque toujours très-développées chez les personnes d'une complexion voluptueuse. Toutes les fois qu'une cause agit sur ces glandes de manière à accroître presque instantanément leur action, on éprouve une espèce de picotement dans la glande qui suit le trajet de son canal excréteur, et il dure aussi long-temps que la sécrétion elle-même est suractivée.

Je n'ai jamais rien observé d'analogue sur aucun des malades chez lesquels j'ai vu survenir la salivation. Malgré toutes mes questions, malgré l'examen le plus minutieux auquel je me suis livré, dans aucun cas je n'ai vu les parotides augmenter de volume, causer la gêne la plus légère au malade et produire la sensation dont je parlais il n'y a qu'un instant. Les malades crachent beaucoup, mais lorsqu'ils restent un instant la bouche ouverte, on voit et ils sentent parfaitement le liquide venir de toute la muqueuse buccale, et dans aucun cas il n'afflue par l'ouverture du canal de Stenon, comme il est si facile de le constater lorsque, par exemple, on approche de la bouche quelques substances acides. Je ne veux cependant pas dire par là que la glande parotide ne fournit pas de salive et qu'il n'en vient pas du canal de Stenon dans la stomatite mercurielle. Loin de là ; je crois, au contraire, que cette sécrétion est beaucoup plus abondante que dans l'état ordinaire. Mais ce que je veux prouver, c'est qu'elle n'est jamais ou presque jamais le caractère dominant, et que ce n'est nullement sur elle que porte l'influence du mercure.

Cette influence s'exerce exclusivement sur la muqueuse buccale, et c'est l'irritation de celle-ci qui détermine sympathiquement la sécrétion plus abondante des glandes salivaires, comme cette sécrétion est accrue même par la seule pensée qu'un corps acide est en contact avec cette muqueuse. Qu'on ne croie pas que cette irritation de la muqueuse buccale soit propagée par continuité de tissu dans le canal excréteur et les granulations glandulaires; car, s'il en était ainsi, la sécrétion en serait activée, il est vrai ; mais cette muqueuse glandulaire enflammée deviendrait douloureuse comme celle de la bouche, et offrirait ici comme là des ulcérations et des abcès, et jamais, ni sur le trajet du conduit, ni dans la glande elle-même, on n'observe ni abcès ni douleur.

Et d'ailleurs, comme le fait si justement observer M. le professeur Trousseau, pourquoi donc vouloir attribuer à l'administration du mercure cette super-sécrétion des glandes salivaires, quand ce phénomène est commun à toutes les phlegmasies qui affectent la muqueuse buccale et à toutes les irritations qui sont opérées sur elles? Si la glossite, si le muguet, si la diphtérite gencivale, qui toutes donnent lieu à une salivation abondante, ne la causent que consécutivement, que sympathiquement, si je puis ainsi dire, pourquoi l'inflammation de cette même muqueuse, qui est due à l'usage du mercure, n'aurait-elle plus sur ces glandes une influence analogue?

Outre l'absence complète de symptômes du côté des glandes salivaires, et la nature du liquide, il existe encore d'autres phénomènes que l'observation des faits a permis de bien constater et qui confirment encore les propositions que j'avance. Chacun sait que toutes les préparations mercurielles ne produisent pas également et avec une semblable intensité, soit la stomatite, soit la salivation. Si le mercure agissait exclusivement sur les glandes salivaires, une fois leur sécrétion portée à un certain degré, elle de-

vrait s'y maintenir tant que l'usage du mercure qui l'entretient serait continué; à la rigueur, elle devrait même aller en augmentant. Eh bien! il n'en est rien : il suffit souvent d'un gargarisme, d'une diminution très-légère dans la dose du mercure pour faire cesser presque complètement cette salivation. On peut même dans quelques cas donner du mercure à une dose plus élevée en changeant la préparation, sans qu'il en résulte aucune augmentation dans la salivation. Elle peut même diminuer, ce qui n'arriverait certainement pas, si l'effet du médicament se portait sur la glande.

C'est, du reste, ce dont on pourra facilement se convaincre en lisant l'observation suivante que je rapporte seule, quoique j'en possède un bon nombre d'analogues.

Obs. I. — *Orchite blennorrhagique. Traitement anti-syphilitique. Frictions mercurielles sur le testicule. Salivation qui cesse en suspendant les frictions et continuant le traitement à l'intérieur.*

Le 13 janvier 1837, fut couché au n° 13 de la salle des hommes, de l'hôpital des Cliniques, X., âgé de vingt-deux ans. Ce garçon est brun, bien constitué et habituellement bien portant.

En 1829 il contracta un premier écoulement qu se dissipa au bout de quelques semaines sous la seule influence de boissons rafraîchissantes.

Au mois d'août 1836, après s'être exposé de nouveau, il eut un nouvel écoulement à la suite duquel il survint, quelques jours après, un bubon dans chaque pli de l'aîne. Après avoir suppuré pendant quelque temps, ils se cicatrisèrent sans que le malade eût fait aucune espèce de traitement. Depuis le début, l'écoulement n'a jamais cessé et il dure encore à l'arrivée du malade à l'hôpital.

Le 6 janvier, il reçut un coup de genou dans les bourses. A la suite, le testicule droit devint douloureux et occasionna de la fièvre. A son arrivée, la tuméfaction persiste ainsi que les douleurs. L'une et l'autre reconnaissent presque exclusivement pour siége l'épididyme, qu'il est facile de distinguer du testicule, qui a presque son volume normal. Cette orchite est accompagnée de tous les autres symptômes qui, ordinairement, marchent à sa suite. Le malade, du reste, n'éprouve aucun autre accident consécutif de la syphilis. On prescrit deux applications de sangsues, de l'eau de Sedlitz tous les deux jours, et le 16 la tuméfaction avait considérablement diminué. L'écoulement, qui n'avait pas cessé d'une manière complète, devint un peu plus abondant. A cette époque, M. le professeur Jules Cloquet le soumit à un traitement anti-syphilitique mercuriel à l'intérieur. Ce traitement consiste à faire prendre à jeun, dans un verre de tisane de salsepareille, une cuillerée de sirop de Cuisinier dans un demi-kilogramme duquel on ajoute 40 centigrammes de deuto-chlorure de mercure, et 50 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; puis un régime approprié. On commença en même temps à faire faire des frictions sur les bourses avec quatre grammes d'onguent napolitain.

Le 23, sept jours après l'usage des frictions et du traitement, les gencives commencèrent à se tuméfier et il cracha en plus grande abondance. Le 28, ces symptômes étaient beaucoup plus intenses, en même temps qu'il survint plusieurs ulcérations sur la muqueuse buccale. On prescrit un gargarisme alumineux. On suspend les frictions et on continue le traitement à l'intérieur. A dater de ce jour, les symptômes du côté de la bouche commencèrent à diminuer, et le 7 février il n'y avait plus de salivation.

Ce malade a continué encore pendant six semaines le même régime et le même traitement interne, sans que la salivation se soit reproduite, et il a quitté l'hôpital parfaitement guéri.

L'action du mercure est-elle plus manifeste sur les autres appareils glandulaires que sur ceux qui sont placés dans le voisinage de la bouche? Je ne le pense pas, et si quelques-unes de ses préparations agissent comme purgatif quand elles sont administrées à certaines doses, j'attribue cet effet à l'irritation qu'elles produisent sur le tube intestinal et nullement à l'augmentation de sécrétion des glandes dont le canal excréteur vient s'y rendre. Pour se convaincre de cette vérité, il suffit d'étudier les phénomènes qui se passent quand on donne la substance qui produit le mieux l'effet que je signale. Le calomel à la dose de cinquante ou soixante centigrammes agit comme purgatif, et le plus ordinairement, alors, son action est nulle sur l'appareil buccal. C'est qu'alors aussi il n'est pas absorbé, et c'est précisément par ce seul motif qu'il agit de la sorte. Si on le fait prendre à la dose de cinq ou dix centigrammes, son absorption est facile, il réagit promptement sur la muqueuse buccale, et l'effet purgatif est nul.

Quand on administre une trop faible dose d'huile de ricin, par exemple, elle est absorbée et ne purge pas; si la quantité est plus considérable, elle produit le même effet que le calomel à haute dose. Viendra-t-il dans l'esprit de quelqu'un de considérer l'huile de ricin comme ayant une action spéciale sur le foie et le pancréas, parce qu'elle détermine l'expulsion d'une certaine quantité de matières alvines? Assurément non, et si ce liquide agit sur les glandes, ce n'est que consécutivement, et seulement par l'irritation qu'il produit sur la muqueuse intestinale; tout comme les glandes salivaires s'irritent davantage dans une inflammation de la muqueuse buccale, que cette inflammation reconnaisse pour cause une lésion traumatique, une angine, une cautérisation, ou qu'elle soit la conséquence de l'usage du mercure ou de ses préparations.

Ainsi, je crois que si, dans quelques cas, les mercuriaux augmentent les sécrétions glandulaires, ce n'est le plus ordinairement que d'une manière consécutive. Mais ce que je crois aussi, c'est que jamais ils ne diminuent ces sécrétions.

Quelques personnes ont cependant émis cette idée, et parmi elles s'en trouvent qui considèrent le mercure comme augmentant cette activité. Je suis encore à me rendre compte d'une semblable contradiction. Pour elles, le mercure active la sécrétion des glandes sa-

livaires, et il diminue celle des glandes lacrymales.

De là une méthode thérapeutique pour certaines ophthalmies. J'ignore sur quelles observations on a pu se fonder pour établir de semblables propositions. Lorsque j'étudierai les effets des mercuriaux dans quelques affections des yeux, je reviendrai sur ce cas-ci, sur lequel je ne dois pas insister ici plus longuement.

Que cette salivation mercurielle soit le résultat d'une super-sécrétion des follicules et des cryptes muqueux de la bouche ou des glandes salivaires, ou en même temps des uns et des autres, toujours est-il qu'elle n'a plus la même importance aujourd'hui qu'on lui attribuait autrefois. L'opinion des anciens médecins, qui la considéraient comme indispensable pour la guérison du virus syphilitique qui se trouvait ainsi expulsé avec elle, est entièrement abandonnée de nos jours; et, loin de la regarder comme salutaire, elle est considérée comme un accident qu'il faut prévenir ou combattre lorsqu'il existe.

Cependant une opinion émise par Boerhave et Swediaur (et en pareille matière ce dernier est une autorité d'un grand poids), opinion qui du reste a été professée par A. Dubois, consiste à juger comme nécessaires les premiers symptômes de salivation dans un traitement anti-vénérien. Non pas que ces praticiens consommés regardent la salivation comme pouvant expulser la vérole; mais pour eux il existe alors une diathèse mercurielle, qu'on me permette cette expression; c'est-à-dire que l'économie est assez saturée de mercure pour que celui-ci puisse agir d'une manière efficace pour guérir la maladie générale constitutionnelle contre laquelle on l'administre. Ce premier phénomène que je viens de signaler une fois produit, Swediaur recommande de ne pas pousser la salivation plus loin, mais de la maintenir à ce degré, en réglant les doses du médicament sur l'effet obtenu. En agissant de la sorte, on a la certitude de l'action générale du remède, tandis que, lorsqu'il ne survient aucun phénomène qui indique sa présence, on ignore si, pour une constitution donnée, la dose a été suffisante.

Cette pratique est on ne peut plus rationnelle et plus sage. Heureux le malade qui se confiera en des mains assez habiles pour manier avec autant de sagacité un agent thérapeutique doué d'une si haute vertu curative! Mais il ne faut cependant pas perdre de vue et les doses et les préparations susceptibles de produire cet état, Comme toutes ne jouissent pas d'une égale propriété, je dois succinctement indiquer quand et comment on doit attacher de l'importance à ce premier degré de salivation.

De toutes les préparations mercurielles, celle qui donne le plus promptement lieu à la salivation est le calomel à doses fractionnées. Il est quelques malades chez lesquels elle survient après avoir pris quarante ou cinquante centigrammes de ce médicament en commençant par cinq centigrammes. Il arrive souvent que la même dose de deuto-chlorure, qui cependant possède une autre activité, ne donne pas lieu au même résultat. Aussi je crois que si l'on voulait appliquer à cette préparation le conseil donné par Swediaur, on pourrait être induit en erreur, entraîné qu'on serait à administrer une dose trop faible de mercure pour la maladie qu'on aurait à traiter. Et cependant, pour que cet effet se produise, il faut toujours qu'il y ait absorption. Il peut être beaucoup plus prompt encore, si une plus grande quantité est absorbée dans le même temps. Ainsi, de concert avec M. A. Bérard, j'ai administré en une seule prise cinquante centigrammes de calomel à un jeune étudiant en droit affecté d'une ophthalmie très-intense. Nous voulions obtenir un effet purgatif, et c'était la première fois que ce jeune homme faisait usage de préparations mercurielles, Le médicament fut absorbé; il n'y eut pas d'évacuations, et dès le lendemain il survint un gonflement considérable des gencives et une salivation des plus abondantes. Cet exemple est trop frappant pour qu'il ait besoin d'aucun commentaire, et il prouve jusqu'à l'évidence la tendance qu'a le calomel à agir sur la muqueuse de la bouche, quand il n'a pas d'action sur celle de l'intestin, ou pour mieux dire quand il est absorbé par elle, et réciproquement. S'il activait, au contraire, les sécrétions glandulaires, toutes le seraient, et spécialement celles du voisinage. Cette préparation doit donc être employée avec beaucoup de réserve, non seulement à cause de la quantité qu'on peut introduire dans l'économie, mais encore à cause des phénomènes qui en accompagnent l'usage.

Les frictions avec l'onguent mercuriel déterminent encore la salivation avec assez de facilité : beaucoup moins toutefois que le calomel. Lorsque celle-ci survient après leur emploi, c'est alors qu'elle annonce cette saturation, cette diathèse que desirait Swediaur, parce qu'il faut qu'une certaine dose du remède ait passé dans la circulation, ait été absorbée par la surface cutanée, pour qu'il traduise ainsi sa présence. Je dis qu'il faut qu'il y ait absorption, et absorption suffisante, sans quoi l'application de l'onguent est sans efficacité; et, pour l'obtenir, il est nécessaire de frictionner longtemps, jusqu'à ce qu'enfin il ne reste plus de traces de mercure sur la partie qu'on frictionne. Cela est si vrai que, sans ces précautions indispensables, la maladie n'est nullement influencée par ce traitement, qui de tous est le plus sûr dans son action et le moins dangereux dans ses suites.

Si j'insiste sur ce mode d'administration, c'est que je regarde comme complètement inactive une simple application, une onction, comme on le dit, sans friction préalable. Dans ces onctions, quelle que soit

la quantité d'onguent qu'on emploie, il n'y a pas un atôme mercuriel d'absorbé, et dès-lors tout autant vaudrait onctionner avec de l'axonge pure. C'est, au reste, le parti qu'ont adopté quelques praticiens; mais je me propose de revenir sur ce sujet, lorsque j'étudierai les effets du mercure dans l'érysipèle et le phlegmon.

Il est certaines circonstances en dehors du mercure qui favorisent l'action de celui-ci sur la muqueuse de la bouche. Ainsi il agira avec plus de promptitude chez les sujets d'un tempérament lymphatique, chez ceux qui ont naturellement les gencives saignantes et surtout des dents cariées. Le froid et l'humidité sont encore deux causes des plus puissantes pour hâter son action : toutes circonstances d'ailleurs qui ont été très-bien décrites, et que je ne fais qu'indiquer.

Puisqu'une salivation abondante n'est plus jugée nécessaire pour la guérison des affections contre lesquelles on administre les mercuriaux; puisqu'elle est considérée comme un accident qui complique leur action, il fallait s'occuper de la prévenir et de la faire disparaître une fois qu'elle s'était développée.

Parmi les moyens préventifs, il faut placer le choix de la préparation mercurielle qu'on emploie; j'ai dit, en effet, que toutes ne jouissaient pas également de la même facilité à amener la salivation. Il faut tenir compte, autant qu'on le pourra, de la saison et de la température qui devra constamment être la même. Les habitudes et le tempérament devront aussi influer sur le traitement.

Quelques praticiens regardent l'usage des purgatifs assez souvent répétés comme étant d'un grand secours, lorsque toutefois il n'y a pas de contre-indication du côté des voies digestives. Ils agissent comme dérivatifs, et on se rappelle que, lorsque le remède a une vertu purgative, son action sur la muqueuse de la bouche est beaucoup moins prononcée. C'est cet effet qu'on cherche à provoquer artificiellement, et je dois dire que c'est un puissant moyen, non-seulement pour prévenir ou combattre la salivation, mais pour favoriser la propriété absorbante de la muqueuse intestinale.

Quelques personnes associent l'opium aux préparations mercurielles, afin de neutraliser, en quelque sorte, les propriétés irritantes de celles-ci sur les parois de l'estomac. Dupuytren suivait toujours une semblable pratique pour remplir le même but, mais surtout pour prévenir la salivation, et il prétendait avoir souvent observé que la même substance mercurielle déterminait beaucoup plus promptement la salivation quand elle était administrée seule, que lorsqu'une certaine quantité d'opium lui était associée.

Enfin, il faut ou suspendre l'usage du mercure, ou en diminuer la dose, ou changer la préparation. Chez quelques sujets, cette suspension momentanée devient quelquefois nécessaire; mais, le plus ordinairement, il suffit que la quantité soit un peu diminuée. C'est ce que faisait Swediaur, quand il conseillait les frictions : dans quelques cas, cependant, il mettait un jour d'intervalle.

Si la salivation s'est développée sous l'influence des frictions ou du calomel, il suffit quelquefois, pour la faire disparaître, de suspendre ce mode d'administration et de le remplacer par l'usage du deuto-chlorure ou deuto-iodure de mercure. Comme ces préparations ont une action moins prononcée sur la muqueuse buccale, et comme, du reste, elles jouissent d'une très-grande activité, le traitement ne se trouvera nullement interrompu de la sorte; et après la disparition de la salivation, on pourra reprendre celui qu'on administrait au début : à l'exemple si remarquable que j'ai déjà cité, j'aurais pu en joindre un assez bon nombre d'autres; mais je le crois suffisant pour faire admettre comme démontré un effet qui s'observe souvent.

Enfin, il est quelques moyens locaux qui ont été indiqués dans ces derniers temps. Outre leur efficacité qui ne peut être contestée, ils viennent encore démontrer l'action spéciale du mercure sur la muqueuse de la bouche et non sur les glandes salivaires; car c'est seulement sur cette muqueuse qu'on agit. M. Ricord avait proposé de cautériser légèrement les gencives avec un pinceau imbibé d'acide hydro-chlorique. Ce procédé, qui peut avoir quelques avantages, présente aussi des inconvéniens qui doivent en faire discontinuer l'emploi. Il n'est applicable, comme le fait observer M. Trousseau, qu'aux dents incisives qu'il est encore très-difficile de garantir de l'action de l'acide qui les altère avec une très-grande facilité. Ce professeur préfère de beaucoup les frictions sur les gencives avec de la poudre d'alun pulvérisé qu'a conseillées M. Velpeau. Ces frictions agissent aussi efficacement que l'acide hydro-chlorique, et sont tout-à-fait sans effet sur la pulpe dentaire. J'ai vu mettre par M. Berardet, j'ai mis souvent en usage une préparation dont j'ai vu de bien plus prompts effets que par l'alun pulvérisé. Et comme son mode d'administration et son innocuité sont les mêmes que pour l'alun, je la préfère de beaucoup à celui-ci. C'est de la poudre bien sèche et bien pulvérisée de chlorure de chaux, avec laquelle on frictionne les gencives, en en prenant une certaine quantité sur l'extrémité du doigt. L'action de ce chlorure est quelquefois si prompte, qu'on le regarderait presque comme un spécifique des plus puissants. Entre autres exemples, je citerai le suivant.

C'est celui de l'étudiant en droit qui eut une salivation extrêmement copieuse, après avoir pris en une seule dose cinquante centigrammes de calomel. Le lendemain, ses gencives étaient gonflées et saignantes, et il cracha plus d'un litre de liquide. J'ai déjà fait observer que le médicament n'avait eu

aucune action sur le canal intestinal. Le second jour de la salivation, ce jeune homme commença à faire des frictions avec le chlorure de chaux; et six frictions qui furent faites dans l'espace de vingt-quatre heures suffirent pour faire complètement disparaître un accident qui reconnaissait une apparition si prompte et une intensité si grande.

Je crois donc qu'avant de commencer un traitement mercuriel, il convient de raffermir les gencives et de les entretenir dans cet état, en les brossant souvent avec un mélange de poudre de charbon et de poudre de quinquina mélangé dans de l'eau-de-vie. C'est une des meilleures préparations dentifrices que je connaisse; et dès que les gencives se boursouflent, en même temps qu'on tiendra compte des précautions antérieures dont j'ai parlé, on fera usage de la poudre de chlorure de chaux.

Les diverses opinions qui tour à tour ont été émises, soit pour se rendre compte, soit pour apprécier le phénomène de la salivation qui survient quelquefois si abondamment après l'usage plus ou moins prolongé du mercure, ont nécessité les détails dans lesquels je suis entré : mais ils devenaient indispensables, par la manière dont on a considéré cette action, et surtout par les applications qu'on a voulu faire de ce médicament à des affections qu'il ne modifie en rien, qu'il tendrait plutôt à rendre plus graves, comme je l'indiquerai un peu plus tard, et comme il sera plus facile de s'en rendre compte, surtout d'après ce qui vient d'être dit.

Outre l'action peu prononcée que le mercure exerce sur les tissus glandulaires, et celle beaucoup plus puissante qu'il possède sur la muqueuse digestive, il jouit encore d'autres propriétés, qui, dans quelques cas, en ont fait rejeter l'emploi, ou prêté à des théories qui n'ont pas toujours été sans danger. C'est ainsi que son usage long-temps prolongé produit des affections osseuses ou cutanées, auxquelles on a attaché une importance toute spéciale. Comme des affections à peu près analogues appartiennent le plus souvent à la syphilis constitutionnelle, quelques esprits mercantiles ou charlatans n'ont pas manqué d'attribuer au remède des accidents qui reproduisaient l'infection générale du mal; et ils n'ont pas craint de proscrire de la sorte, je ne dirai pas un spécifique absolu, mais l'agent thérapeutique qui, parmi tous ceux que nous possédons, jouit des propriétés curatives les plus certaines. Son action anti-syphilitique est si bien constatée aujourd'hui, elle est basée sur des faits si bien observés et si irrécusables, que je regarderais comme tout-à-fait inutile la reprise d'une discussion qui ne laisse plus aucun doute dans l'esprit des gens consciencieux et éclairés. Je dirai plus, une polémique nouvelle sur un sujet si vieux et si vrai serait peut-être encore un prétexte dont quelque classe que je n'ose caractériser ici pourrait faire usage pour tromper l'ignorance et la crédulité.

Mais l'action que le mercure exerce sur les centres nerveux est-elle aussi bien déterminée? C'est ce que je ne pense pas. Il est difficile, en effet, de comprendre l'inaction du mercure donné à hautes doses et pendant long-temps à l'intérieur, tandis que les phénomènes que je signale se manifestent au plus haut degré chez les ouvriers, par exemple, qui le manient souvent ou qui sont exposés à des émanations, comme on l'observe chez les doreurs, les peintres, les étameurs de glaces, etc. Chez eux, lorsqu'ils sont exposés pendant long-temps à ces émanations, apparaissent des tremblements, des mouvements convulsifs, des troubles de l'intelligence, qui dégénèrent quelquefois en une véritable manie, ce qu'on n'observe jamais quand le médicament est donné à l'intérieur, même à dose exagérée. C'est au moins ce qui résulte des expériences de Hoffman, Willis, Cullérier et de celles que M. le professeur Trousseau a entreprises dans ces derniers temps. L'absorption par la muqueuse pulmonaire favoriserait-elle des accidents de cette nature, qui ne se reproduisent plus quand c'est la muqueuse intestinale qui, plus spécialement, est chargée de cette fonction? Doit-on, au contraire, les attribuer de préférence à ces mêmes émanations, peu abondantes, il est vrai, mais peut-être plus long-temps continuées? C'est l'interprétation qui me paraît réunir en sa faveur le plus de probabilités.

Quelle que soit, du reste, l'explication qu'on puisse en donner, le fait n'en existe pas moins; et aussi, par ce motif, est-il beaucoup plus important de remédier à ses suites que d'interpréter son apparition.

Il arrive un moment où l'économie est tellement saturée de mercure, quel que soit le mode d'introduction de celui-ci, que tantôt se développent quelques-uns des accidents que j'ai signalés, tantôt, au contraire, sans lésion locale appréciable à l'extérieur, il existe des phénomènes généraux particuliers à cette saturation, une cachexie véritable, si je puis ainsi parler, qui peut être aussi constante dans sa marche que grave dans ses conséquences.

Qu'il y ait prédominance des uns ou des autres accidents que je signale, ils doivent également être combattus. J'ai indiqué plus haut par quels moyens préventifs et curatifs on se rendra maître de la salivation : c'est en suivant une conduite analogue qu'on s'opposera aux autres accidents qui doivent constituer plus tard la cachexie mercurielle. Cependant, lorsque celle-ci est portée à un degré avancé, lorsque surtout surviennent à la suite l'amaigrissement général et les phénomènes nerveux qui l'accompagnent, les purgatifs, l'opium, ne suffisent plus pour détruire des phénomènes qui durent quelquefois un temps infini.

Je dois signaler ici une médication que j'ai

vu employer par mon père, et dont il a obtenu les plus heureux résultats. Elle consiste à soumettre à l'usage du lait, et pour aliment et pour boisson, les malades qui sont ainsi saturés de mercure. Comme le plus souvent on n'emploie pour combattre cet état que des moyens palliatifs insuffisants, comme celui que j'indique ne peut produire ou laisser à sa suite aucune espèce de suites fâcheuses, on peut sans crainte y avoir recours. Il semblerait presque agir comme spécifique ; mais j'avoue que je ne puis me rendre compte de cette action qui n'est pas plus indispensable dans ce cas que dans tout autre pour constater son efficacité. Lorsqu'on mélange avec du lait du deuto-chlorure de mercure, il se fait entre ces deux substances une combinaison telle, qu'il en résulte un produit qui contient bien toujours le deuto-chlorure, mais sous une forme au moyen de laquelle il est absorbé par l'estomac avec une facilité bien plus grande et surtout sans produire aucune irritation sur cet organe. M. Orfila dont l'autorité est d'un si grand poids, a constaté avec son habileté ordinaire l'effet que j'indique ; et ce célèbre professeur m'a assuré que le deuto-chlorure de mercure était beaucoup mieux supporté et avait une action plus efficace, quand on le donnait mélangé avec du lait, que lorsqu'il était administré sous forme pilulaire ou dans quelque autre liquide.

Ces faits, qui sont d'une haute importance pratique, pourraient peut-être rendre compte de l'efficacité du régime lacté dans la cachexie mercurielle. Dans tous les cas, je le répète, comme ce régime ne nuit en rien, j'engage à en essayer l'usage, et peut-être des succès qu'on aurait vainement cherchés à obtenir par d'autres moyens seront-ils la conséquence de celui que je signale et qui est si facile et si simple.

De l'usage thérapeutique des préparations mercurielles dans quelques affections des yeux.

Les parties constituantes de l'œil, comme celles qui entrent dans la structure des autres appareils, peuvent être affectées de lésions qui reconnaîtront pour point de départ primitif une affection générale qui se localisera en apparence plutôt sur ce point que sur tout autre ; comme aussi des maladies tout-à-fait accidentelles et sans principe général morbide, sans cause spécifique, l'affecteront en totalité ou en partie, et demanderont pour disparaître des agents thérapeutiques qui ne conviendraient plus dans le premier cas que j'ai supposé.

Quelle que soit la cause sous l'influence de laquelle se sont développées des altérations de quelques-unes des parties constituantes de l'œil, on a, dans un assez grand nombre de cas, appliqué des préparations mercurielles qui ont produit ou plus ou moins d'amendement, selon l'état des parties. Comme toujours, elles ne jouissent pas toutes de la même efficacité ; et comme il existe certaines distinctions qui en motivent l'emploi, j'étudierai d'abord les cas où leur utilité paraît incontestable ; puis, après avoir passé en revue ceux où quelquefois elles peuvent modifier le mal d'une manière avantageuse, je terminerai par l'indication des circonstances où ces avantages, loin d'avoir été suffisamment démontrés, m'ont paru le plus souvent produire les symptômes qu'on cherchait à combattre.

J'ai déjà dit plus haut que je ne chercherais nullement à discuter la valeur des propriétés du mercure sur la syphilis ; mais, tout en admettant sa vertu curative comme bien démontrée, je dois cependant en faire quelques applications au cas spécial qui m'occupe.

Le vice syphilitique, soit primitivement, soit lorsque ses symptômes sont consécutifs, peut se fixer sur l'organe de la vision et y exercer ses ravages. Comme c'est une maladie générale passée à un état constitutionnel, un traitement général devient indispensable ; mais des applications locales faites en même temps favorisent l'action du premier et conduisent plus promptement à la guérison du malade.

Que la muqueuse oculaire ou des voies lacrymales soit le siége du virus, qu'il se jette sur des parties plus profondes, telles que l'iris ou la rétine, dans tous ces cas qui reconnaissent une cause analogue, la méthode thérapeutique générale doit être identique, et c'est sur elle, que j'ai déjà indiquée, que je ne dois plus revenir ici ; mais les applications locales seront différentes, selon que telle ou telle partie sera affectée, et selon qu'elle le sera d'une manière différente.

S'il existait des ulcérations des parties molles ou des exostoses, si ces ulcérations paraissaient de mauvaise nature et susceptibles de dégénérer en squirre, si elles étaient fongueuses, boursouflées, tendant plutôt à faire des progrès nouveaux qu'à marcher vers la cicatrisation, il faudrait, par un traitement local, s'opposer à ces fongosités, les réprimer par des caustiques, afin de ramener les parties ulcérées vers un état tel que la cicatrisation puisse s'effectuer. Le nitrate d'argent, le styrax, les bandelettes de diachylon, etc., ne procurent pas l'effet qu'on veut obtenir ; et ces agents qui, sagement combinés, ont une action si puissante dans des affections de nature simple, deviennent ici tout-à-fait inutiles : il faut opposer à la maladie localisée, si je puis ainsi dire, la même substance médicamenteuse qui, seule, est susceptible d'expulser ou de neutraliser le virus, lorsqu'il infecte l'économie animale, et on parvient à un tel résultat par des préparations mercurielles.

Celle qui, pour des cas analogues, est le plus généralement employée, est le *nitrate acide liquide de mercure*, qui est composé avec :

Mercure	2 parties ;
Acide nitrique 35°	4 parties.

On fait évaporer jusqu'à concentration de la liqueur.

On peut encore se servir de :

Proto-nitrate de mercure	1 partie ;
Acide nitrique	8 id.

Lorsqu'on fait une cautérisation avec ce liquide, il faut éviter avec soin qu'il soit en contact avec quelques-unes des parties intrinsèques de l'œil qu'il enflammerait promptement ; et si l'on agissait sur cet organe, il faudrait affaiblir la liqueur.

A la suite de cette cautérisation, il se développe quelquefois une inflammation assez vive pour s'opposer seule à la cicatrisation de l'ulcère ; et quelquefois des mains inhabiles pourraient condamner dans des cas analogues un caustique qui, employé d'une manière plus convenable, peut seul procurer le soulagement qu'on cherche à obtenir. Aussi, en raison de cette circonstance, on est souvent dans la nécessité d'employer les antiphlogistiques et les émissions sanguines soit locales, soit générales, pour combattre les accidents légers que produit le remède principal, soit par la trop grande concentration, soit par une application sur une surface trop étendue et qui rend de la sorte son absorption beaucoup plus facile et plus puissante.

Cette irritation de la surface ulcérée que produit le caustique est un accident peu grave par lui-même, et il est beaucoup plus facile de le combattre que de se rendre maître de la maladie principale dont il faut changer la nature. Si l'on parvient à un tel résultat par le moyen que j'indique, il faudra se féliciter encore ; car il sera doué d'une vertu puissante, l'agent qui sera susceptible de faire passer à un état inflammatoire simple un ulcère d'une nature aussi compliquée. Disons, toutefois, que l'accident consécutif du caustique n'est pas toujours aussi léger, et qu'il peut non-seulement ne pas agir efficacement, mais accroître la lésion principale. C'est ce qu'il a été facile d'observer dans le fait suivant que je rapporte ici, quoique n'appartenant pas à une affection de l'œil ou de son voisinage ; mais il offre tant d'intérêt par lui-même, que je ne puis le passer sous silence, et, d'ailleurs, on comprendra qu'une altération semblable peut tout aussi bien apparaître autour de l'œil que dans la région où elle a été observée. Dans l'une comme dans l'autre, la conduite à tenir sera la même et confirmera les préceptes que je viens d'indiquer.

Obs. II.—Un homme d'une quarantaine d'années portait dans les régions inguinales de larges ulcérations qui avaient tout-à-fait l'aspect syphilitique. Elles furent prises pour telles par un chirurgien des plus distingués des hôpitaux de Paris ; et cela avec d'autant plus de raison que ce malade était un ancien marin qui avait contracté la syphilis au Pérou, et dont il n'avait jamais été guéri complètement. Plusieurs traitements anti-syphilitiques bien complets n'amenèrent aucune amélioration dans le mal qui datait de dix-huit mois ou deux ans. On les remplaça ensuite par des préparations d'or, on pansa les ulcères avec des pommades mercurielles, d'hydriodate de potasse, des cérats simples et opiacés, des cataplasmes émollients, des onguents digestifs : on cautérisa avec du nitrate d'argent, etc. ; le tout sans obtenir aucun soulagement. On fit usage du nitrate acide de mercure, et toute la plaie, qui égalait en étendue la largeur de la main, fut touchée avec le caustique, et cela à plusieurs reprises. Chaque fois il survint une inflammation très-vive qui détermina de la rougeur, des douleurs excessives. La surface de l'ulcère devint saignante et augmenta d'étendue. Il fallut renoncer à un moyen qui fut considéré comme inefficace. Ce malade, après quatre ou cinq mois de séjour, quitta l'hôpital un peu plus malade que lorsqu'il y était entré.

Quelque temps après, il fut envoyé par le bureau central à l'hôpital de la Pitié, où on le plaça dans le service de M. Lisfranc. Je me trouvais alors dans cet hôpital, où je pus suivre le traitement auquel on soumit cet homme, qui m'intéressait à un haut degré, parce que je l'avais déjà vu et que je connaissais ses antécédents. Après avoir pris connaissance de l'histoire antérieure de ce malade et des diverses médications qu'on lui avait fait subir, M. Lisfranc ne jugea pas convenable de lui administrer de nouveau un traitement général anti-syphilitique qui avait, du reste, très-régulièrement été suivi à plusieurs reprises. Il le cautérisa de prime abord avec le nitrate acide de mercure, malgré les mauvais effets qu'on en avait obtenus, mais avec des précautions qui firent que ce médicament, qui avait échoué une première fois, devint un moyen de guérison, lorsqu'il fut administré d'une manière convenable.

Cet habile chirurgien exigea le repos absolu du malade, lui fit prendre quelques bains tièdes, pratiquer une petite saignée au bras et mettre des cataplasmes émollients sur les ulcérations. La première cautérisation fut superficielle et de la largeur d'une pièce de vingt sous. Tout le reste fut complètement négligé. Autour du point cautérisé il survint une légère inflammation qui fut immédiatement combattue par des bains, de petites saignées et des émollients. L'inflammation dissipée, on réitéra la cautérisation, qui fut aussi bornée que la première, et qui, chaque fois, donna lieu au même phénomène que les mêmes moyens suffirent toujours pour modérer. Sous l'influence de ce seul traitement qui se trouvait inflammatoire et anti-phlogistique à la fois, le malade fut parfaitement guéri au bout de deux mois, et il put alors quitter l'hôpital.

Ainsi, une préparation mercurielle, susceptible de guérir une ulcération profonde, étant appliquée d'une manière intempestive et peu méthodique, accroît le mal, quand son usage mieux entendu suffit seul pour en obtenir une guérison radicale.

J'ai vu, à l'hôpital des Cliniques, un homme de cinquante ans environ qui portait une fistule lacrymale : le pourtour était ulcéré, fongueux, et avait l'apparence d'une affection spécifique. Ce malade fut soumis à un traitement méthodique, et localement on cautérisa avec du nitrate acide de mercure. Six semaines après, l'ulcère fut cicatrisé, l'ouverture fis-

tuleuse oblitérée, et les larmes reprirent spontanément leur cours habituel.

Si l'on avait combattu la cause générale qui avait produit cette fistule et qui l'entretenait, l'ulcération aurait fait des progrès en gagnant les paupières. Le traitement serait, chez lui, devenu tout aussi difficile, et aurait réclamé les précautions qui ont si heureusement couronné l'habile pratique de M. Lisfranc.

Ainsi chaque fois que, pour des ulcères syphilitiques de l'œil ou de ses annexes, il faudra recourir à la cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure, on devra tenir compte, avant d'en faire usage, et de la durée du mal et de sa nature, de la constitution du sujet ainsi que de l'étendue de la lésion qu'il ne faudra attaquer que dans des limites assez peu considérables, parce que les phénomènes auxquels donnerait lieu le remède ne neutraliseront pas les bons effets qu'on doit en attendre.

Le virus syphilitique peut se localiser en quelque, sorte et produire des altérations plus ou moins profondes sur la muqueuse oculaire, comme il envahit tous les autres tissus : tantôt la conjonctive oculaire seule, tantôt la palpébrale, seront isolément affectées ; quelquefois l'une et l'autre le seront simultanément. Alors il survient une ophthalmie que les malades considèrent le plus souvent comme spontanée : sa marche est peu rapide et ses symptômes d'une intensité médiocre. La conjonctive prend une teinte violacée un peu veloutée, tirant quelquefois un peu sur le cuivre ; le plus ordinairement, l'iris participe à l'affection, et en même temps que cette membrane apparaît comme fongueuse, sa face antérieure devient d'une coloration plus foncée. La cornée peut aussi perdre un peu de sa transparence : les douleurs peu vives que les malades éprouvent sont en général plus prononcées la nuit que le jour, et cette inflammation qui paraît peu grave a une durée d'une longueur infinie, quand sa cause spécifique étant méconnue, on ne lui applique pas pour la combattre un traitement approprié.

Là, comme partout ailleurs, il faut détruire cette cause morbifique qui s'est fixée plus spécialement, il est vrai, sur un point de l'économie, mais qui n'en existe pas moins partout, et qui ne manquerait pas de se reproduire soit sur le même point, ce qui arrive le plus ordinairement, soit sur un autre plus ou moins éloigné du premier, quand la constitution n'a pas été convenablement modifiée. Aussi est-il nécessaire d'associer un traitement général aux applications locales qui, quoique douées d'un haut degré d'efficacité, n'en doivent pas moins être considérées comme beaucoup moins actives que le traitement général qui seul peut s'opposer à la récidive du mal.

A l'appui de ces considérations sur lesquelles je m'étends peut-être beaucoup trop, je ne rapporterai qu'un fait qui mettra dans tout leur jour les propositions que j'avance.

Obs. III.—*Syphilis constitutionnelle. Ophthalmie. Interruption du traitement. Réapparition de la maladie. Guérison.*

Le 22 juin 1837, est entrée à l'hôpital des Cliniques, et a été couchée au numéro 20 de la salle des femmes, la femme X..., âgée de vingt-quatre ans, couturière. Elle porte une ophthalmie syphilitique du côté droit. Cette femme me donna sur les circonstances antérieures de la maladie les détails suivants : vers le mois de juin de l'année 1835, elle eut une affection syphilitique consistant en un écoulement et des chancres. Elle entra à cette époque au même hôpital où elle fut soumise à un traitement général : elle est sortie en apparence guérie après un séjour de trois mois environ. Jusqu'à la même époque de l'année suivante, elle eut quelques douleurs nocturnes dans l'œil du côté droit, et au mois d'août 1836 il devint rouge, larmoyant, ce qui la contraignit de revenir une seconde fois à l'hôpital. On attribua cette ophthalmie au virus syphilitique qui n'avait pas été détruit par le premier traitement : on lui en fit subir un second, et au mois de novembre elle quitta l'hôpital se trouvant beaucoup soulagée.

Vers les premiers jours du mois de février 1837, sans cause appréciable, et n'ayant rien changé dans ses habitudes, cette femme éprouva une douleur profonde dans l'œil du côté droit qui devint rouge et légèrement larmoyant ; quelques jours après on lui fit mettre quinze sangsues à la tempe correspondante, et faire sur l'œil malade des applications émollientes ; sous l'influence de ces moyens, le mal augmenta, et quinze jours environ après son apparition, elle vint de nouveau à l'hôpital des Cliniques.

A son arrivée, la conjonctive oculaire est seule enflammée ; ses vaisseaux et ceux de la sclérotique sont également injectés ; la rougeur existe surtout au niveau de l'union de la sclérotique et de la cornée transparente qui a conservé sa transparence habituelle. Cette rougeur présente une légère teinte violacée ; la coloration de l'iris est la même que celle du côté opposé : au niveau du côté externe de la petite circonférence, il existe quelques irrégularités ; les douleurs sont peu vives et plus prononcées la nuit que le jour : le larmoiement est peu considérable et l'impression de la lumière n'est que médiocrement douloureuse.

Il n'existe, du reste, aucun autre symptôme de syphilis constitutionnelle aux parties génitales ou ailleurs, et la santé générale de cette femme n'est nullement altérée.

On remit cette malade à un traitement général, on garantit les yeux du contact de la lumière, et on les fit bassiner plusieurs fois dans la journée avec un collyre composé de :

Eau distillée	62 grammes,
Deuto-chlorure de mercure	3 centigrammes,
Laudanum de Rousseau	viij gouttes.

Au bout de quelques jours, il n'existait pour ainsi dire plus de rougeur, et le 2 mars, elle avait complètement disparu.

Depuis le moment de son arrivée jusqu'au 15 avril, jour où elle quitta l'hôpital, elle fit très-régulièrement son traitement général, et, depuis cette époque, j'ai pu constater à plusieurs reprises que la maladie ne s'était pas reproduite.

Ayant appris avec quelle irrégularité la plupart des malades faisaient le traitement général auquel ils étaient soumis, je me suis assuré, pendant le temps qu'ont duré

ces recherches, que tous ceux qui ont été l'objet de mon examen se sont régulièrement conformés aux prescriptions qu'on leur indiquait; car chaque matin, je faisais prendre en ma présence le sirop additionné dont j'ai donné plus haut la composition. Pour avoir des faits de quelque valeur sur un médicament quelconque, cette précaution devient une nécessité; car, sans elle, on tire des conséquences le plus souvent erronées, ce qui arrive plus fréquemment encore pour les préparations dont je parle, à cause de cette espèce de préjugé vulgaire, aidé par le charlatanisme, qui fait considérer le mercure à beaucoup de gens comme très-dangereux. Ces réflexions sont si vraies, qu'elles trouvent leur application dans la malade dont je viens de rapporter l'histoire. A deux reprises différentes, elle avait séjourné six mois à l'hôpital : chaque fois et pour la même affection, elle avait été soumise à un traitement général, et sans avoir été infectée de nouveau, elle se présentait avec une seconde récidive. Ce fait était on ne peut plus favorable pour attribuer au remède ce qui ne dépendait uniquement que de la maladie primitive. Mais cette femme, convaincue que ses supercheries n'étaient préjudiciables qu'à elle-même, ne tarda pas à m'avouer que tous les matins elle jetait son sirop au lieu de l'avaler, et elle m'assura qu'au lieu de l'avoir pris antérieurement pendant six mois, c'est à peine si elle l'avait avalé douze ou quinze jours. Un assez grand nombre d'autres m'ont fait les mêmes aveux, et c'est ce qui m'avait déterminé à assister très-exactement chaque matin à la prise du médicament qui était administré.

Tout ce que je viens de dire sur les avantages des préparations mercurielles peut très-exactement s'appliquer aux malades chez lesquels l'affection syphilitique ne se borne pas ou n'affecte nullement la conjonctive. Il en est, en effet, où le virus se porte de prime-abord soit sur l'iris, soit sur la rétine, et borne là son action. C'est encore, dans ces cas, le traitement général qui est le plus pour ne pas dire le seul énergique. Le collyre avec le deuto-chlorure est tout-à-fait inutile, quand la conjonctive ne participe pas à la maladie. La seule application locale qui alors ait été préconisée consiste en des frictions faites autour de l'orbite avec de l'onguent mercuriel. Il est difficile de constater d'une manière bien évidente l'efficacité de ce moyen; car la maladie contre laquelle on l'emploie est longue et difficile à guérir, et dès lors son effet ne se manifeste pas immédiatement : d'ailleurs, pour mieux le connaître, il faudrait l'employer seul, et le plus ordinairement on lui associe avec raison un traitement général. N'ayant aucune observation propre à démontrer son utilité, je me bornerai à en indiquer l'usage, à le recommander même; car, comme il n'est d'aucun inconvénient, on peut l'essayer sans crainte.

Mais ce n'est pas seulement le vice syphilitique qui étend son action sur les parties constituantes de l'œil : les dartres, les scrofules, le rhumatisme, peuvent encore y exercer une influence délétère, et pour prévenir cette action ou la combattre lorsqu'elle y existe déjà, on a eu recours à diverses médications dont le mercure a souvent fait la base.

Dans la période aiguë des ophthalmies dites scrofuleuses, on ne se sert en général d'aucune préparation mercurielle appliquée localement; mais par ce moyen on obtient une dérivation puissante sur la muqueuse intestinale, en administrant le calomélas à haute dose qui, le plus souvent sous cette forme, ne donne lieu à aucun accident consécutif. L'action du médicament, dans ce cas, dépend-elle exclusivement de l'irritation qu'il produit sur la muqueuse, et doit-il être assimilé à un purgatif ordinaire? ou bien, en même temps qu'il agit comme tel, possède-t-il une propriété toute particulière, en vertu de laquelle l'œil est modifié de manière à ce que son état pathologique disparaisse avec plus de promptitude? Cette dernière opinion, d'après des faits bien observés, paraît incontestable, et je n'hésite pas à l'adopter comme vraie. D'ailleurs, l'utilité des purgatifs dans ces cas, est on ne peut mieux démontrée, et comme celui-ci en possède toutes les propriétés, on peut l'administrer comme tel; or, cette première indication se trouvera remplie comme si l'on avait fait usage de l'huile de ricin ou de l'eau de Sedlitz, par exemple : mais comme son emploi est tout aussi peu grave que celui des substances que je viens de nommer, il devra leur être préféré dans l'espoir qu'on aura de retirer quelques effets avantageux de sa propriété spécifique.

Lorsque la maladie est passée à un état chronique, et surtout lorsqu'elle paraît affecter le bord libre des paupières et les follicules de Méibomius; lorsqu'elle paraît se compliquer d'un état dartreux, qui semble affecter de prédilection ce bord libre des paupières; lorsque les légères ulcérations de la conjonctive ou de la cornée tendent à se prolonger ou à donner lieu à ces taies qui sont si souvent consécutives à l'état que j'indique, des applications locales deviennent alors nécessaires; et telle substance qui, dans l'état aigu, aurait augmenté les symptômes, possède des propriétés spécifiques quand la maladie passe à l'état chronique.

Pour faire disparaître cette rougeur et les ulcérations qui l'accompagnent si souvent, une des préparations les plus généralement employées, est le calomélas préparé à la vapeur. On l'incorpore à l'axonge ou à la pommade de concombre, ajoutant, selon les circonstances, quelques gouttes de laudanum de Rousseau, et on en fait frictionner les parties enflammées. Il existe par cette médication un si grand nombre de faits de guérison, que je crois complétement inutile d'en reproduire ici. Je dirai seulement que le calomel semble avoir remplacé pour les

cas particuliers que j'indique, une préparation mercurielle qui constituait la partie active d'une foule de remèdes qui sont devenus populaires, tant leur action était prompte et sûre quand toutefois le vulgaire qui s'en servait indistinctement les appliquait dans les cas spéciaux que je viens d'indiquer. Je veux parler de la pommade de Desault, de la pommade du Régent, de celle de Lyon, de Boyer, etc., dans lesquelles le deutoxide de mercure, ou oxide rouge ou précipité rouge, était incorporé dans l'axonge, le cérat simple ou rosé, ou autres substances.

Je m'étonne que cette préparation si active et si efficace pour la maladie que j'indique soit presque tombée dans l'oubli, et remplacée de nos jours par des moyens beaucoup plus violents, plus douloureux, et dont les effets ne sont jamais ni aussi certains ni aussi exempts de dangers.

Je crois donc que, comme médication locale dans les ophthalmies chroniques scrofuleuses ou herpétiques, de toutes les substances préconisées jusqu'à ce jour, il faut préférer, soit le calomelas préparé à la vapeur, soit le deutoxide rouge, comme le faisaient si souvent avec tant d'avantage Desault, Boyer, etc.

Je dis que le calomel doit être préparé à la vapeur, parce que sans cette précaution, il contient souvent du deuto-chlorure de mercure, dont l'action peut être beaucoup trop active et même nuisible dans les circonstances que j'ai supposées, lorsque, bien entendu, elles ne sont pas compliquées d'une affection syphilitique constitutionnelle.

J'ai déjà dit que des taies, des leucomes, des albugos, étaient fréquemment la suite des ophthalmies scrofuleuses chroniques qui, pendant leur durée trop prolongée, avaient été compliquées de kératite et d'ulcérations légères à la cornée. Ces taies peuvent être assez étendues et placées de telle façon que, correspondant au centre de l'ouverture pupillaire, elles interceptent le passage des rayons lumineux; et les malades qui en sont affectés, se trouvent dans les mêmes conditions que ceux qui portent une cataracte. Quels que soient du reste et leur siége et leurs dimensions, lorsqu'elles n'ont pas altéré trop profondément les lames de la cornée, on peut très-souvent les faire disparaître d'une manière plus ou moins complète. Pour cela, il suffit, à plusieurs reprises dans la journée, d'insuffler dans l'œil malade un mélange de parties égales de calomélas préparé à la vapeur, et de poudre porphyrisée de sucre candi. La préparation mercurielle possède encore dans ce cas, le plus souvent au moins, une vertu spécifique; car ce n'est pas seulement comme une poudre impalpable qu'elle agit; son contact détruit peu à peu la tache en exerçant une véritable propriété médicamenteuse. Ceci est si vrai que très-souvent la poudre de sucre candi n'a pu agir seule, et en la remplaçant par le calomel, l'affection disparaissait. Je sais bien que quelquefois il n'a pas été nécessaire, mais ce n'était que dans des cas exceptionnels, et seulement lorsque l'affection était tellement superficielle que le frottement de la poudre du sucre a été assez puissant. Mais ce n'est que rarement qu'il en est ainsi; tandis que les cas qui résistent au mélange dont j'ai donné la composition sont à leur tour les moins nombreux.

Sous l'influence de lésions extérieures, d'opérations chirurgicales, du vice rhumatismal, etc., il se développe encore autant de variétés d'ophthalmies qu'il y a de causes susceptibles d'agir; et les ophthalmologistes ont prétendu reconnaître chacune de ces lésions en particulier, et la combattre par un traitement approprié. J'aurai garde de les suivre dans ces divisions infinies, qui ne témoignent rien autre chose que la futilité de leur esprit qui se borne à de mesquines descriptions, trop resserré qu'il est pour embrasser la science dans une plus vaste étendue. Mais sans adopter leurs descriptions pompeuses et leurs dénominations si bizarres, je crois cependant devoir signaler quelques médications dont le mercure fait la base, qui ont été préconisées dans ces derniers temps, et que des hommes de mérite paraissent encore mettre en pratique. C'est seulement en raison de cette circonstance que cette méthode thérapeutique demande à être soumise à un sérieux examen.

Il existe une inflammation de l'œil, caractérisée par une injection considérable des vaisseaux de la conjonctive oculaire et de la sclérotique; par quelques ulcérations de la cornée et un état granuleux de cette membrane; par une inflammation de l'iris, dont la coloration est altérée, et qui acquiert une disposition à sécréter des produits pseudo-membraneux, susceptibles, soit de rétrécir l'ouverture pupillaire, soit même de l'oblitérer en totalité; inflammation caractérisée par une impressionnabilité presque intolérable des rayons lumineux, et un écoulement des plus abondants de larmes âcres, irritantes, produisant quelquefois des excoriations sur la joue. Cette ophthalmie qui est le degré le plus intense, l'état suraigu de l'inflammation de l'œil se produit avec les mêmes caractères dans des conditions diverses: ainsi quelquefois sans lésions apparentes; et alors quelques uns n'ont pas manqué d'y voir le vice rhumatismal exerçant ses ravages, que l'individu en eût ou non préalablement été affecté; d'autres, plus raisonnables, à mon avis, l'ont attribué à une plus grande acuité de la maladie, qui peut offrir à l'œil divers degrés sous l'influence de la même cause; comme chez l'un à la suite d'un courant d'air, une pneumonie se termine par la mort, tandis que chez l'autre elle se bornera à l'inflammation de quelques lobules pulmonaires. Il n'est pas rare enfin de voir cet état survenir à la suite de lésions traumatiques, et alors la cause spécifique est au moins inutile.

Quels que soient du reste cette cause et les effets qu'elle peut produire, toujours est-il qu'on oppose à l'état que je viens de décrire un traitement antiphlogistique énergique, auquel on associe le plus ordinairement les dérivatifs sur le canal intestinal. Mais la médication dont on a cru retirer les meilleurs avantages consiste à faire frictionner deux ou trois fois dans la journée le pourtour de l'orbite avec un mélange de parties égales d'onguent mercuriel double, et d'extrait de belladone. On a même été jusqu'à fonder tout l'espoir de la guérison sur ce moyen qu'il s'agit maintenant d'apprécier.

On a tenu compte, dans cette ophthalmie, de trois conditions principales : de l'inflammation générale de l'œil; des productions pseudo-membraneuses de l'iris et de l'épiphore, à laquelle on a attaché une beaucoup trop grande importance. En effet, ces larmes âcres et irritantes ne s'écoulent abondamment que parce que les parties voisines de la glande sont fortement irritées, et dès lors il faut les considérer comme consécutives à l'inflammation. Aussi ne peut-on comprendre leur diminution que par celle de la maladie primitive; et en se rendant maître de la première, on doit nécessairement s'opposer aux progrès de la seconde.

Si ces frictions locales d'onguent mercuriel sont un antiphlogistique aussi puissant qu'on l'annonce, elles peuvent être utiles en combattant l'inflammation primitive; mais comment se fait-il qu'on leur attribue en même temps la propriété d'agir sur la glande lacrymale de manière à modérer sa sécrétion? c'est ce que je ne puis comprendre. Le mercure possèderait-il la vertu d'augmenter la sécrétion des glandes salivaires, et de diminuer celle de la glande lacrymale? Il faut convenir que voilà des propriétés bien particulières, et qui cependant paraissent reconnues par des hommes de mérite. Je n'insiste pas davantage sur une explication que chacun pourra facilement apprécier soi-même. Mais je blâme l'importance qu'on attache au larmoiement, car, je le répète, il est tout-à-fait accessoire, et doit disparaître avec la cause qui l'avait fait naître ou qui l'entretenait.

Mais si dans ce cas l'onguent mercuriel agit simplement comme anti-phlogistique, je lui préfère de beaucoup la série d'agents propres à produire les mêmes résultats; car son application n'est pas toujours sans inconvénients, même en prenant les précautions les plus minutieuses. En effet, l'impression douloureuse de la lumière nécessite l'obscurité la plus grande du malade, et le plus souvent, pour l'obtenir, on fait usage d'un bandeau qu'on applique sur les yeux. Il est rare que quelques parties de l'onguent ne pénètrent pas dans l'œil, soit à cause du bandeau, soit à cause des frictions, soit au moyen des cils ou des sourcils : ce contact est tellement douloureux, que constamment il augmente le mal et le larmoiement; et presque toujours alors le malade s'oppose à une nouvelle application de l'onguent. Presque chaque fois que je l'ai vu employer, et je l'ai vu souvent, cet accident est survenu, et chaque fois il a rendu la maladie plus intense. Aussi, loin de constater ses bons effets, on a toujours été dans la nécessité d'en suspendre l'emploi. A la suite d'opérations de cataractes, dans des ophthalmies de cause traumatique, de nature scrofuleuse, voire même des rhumatismales, ses avantages n'ont jamais pu être appréciés comme il a été facile de constater ses inconvénients. Quelle que soit la conséquence de leur application vicieuse, malgré tous les soins qu'on pouvait prendre; qu'ils dépendent du médicament lui-même, ou de la nature de la maladie contre laquelle il ne convenait pas, toujours est-il que je l'ai vu nuire, et que pour ce motif je donne de beaucoup la préférence aux applications émollientes, telles que les prescrivaient Desault, Boyer, Dupuytren, dont la pratique était tout aussi heureuse que celle des ophthalmologistes modernes.

Si quelquefois le mélange dont je viens de parler a paru déterminer des effets avantageux, je suis tout disposé à l'attribuer à un autre agent que le mercure. En effet, l'action la mieux constatée de la belladone, c'est la propriété qu'elle possède de dilater l'ouverture pupillaire, et par cela même de rendre beaucoup plus étroite toute la portion de l'iris comprise entre la grande et la petite circonférence. Cette diminution de surface rendra moins active l'inflammation de cette membrane, et sa disposition à produire les pseudo-membranes qui la compliquent si souvent, et qui ont une tendance, soit à fermer en totalité, soit au moins à diminuer le champ de l'ouverture pupillaire et de la sorte, à s'opposer consécutivement au libre exercice de la vision. Si ces produits pseudo-membraneux sont rendus plus difficiles, la beaucoup plus grande dilatation de la pupille sera encore un nouvel obstacle à cette disposition vicieuse qu'ils contractent si souvent quand les précautions que je signale ont été mal prises ou négligées.

Ce rétrécissement de l'iris, et l'agrandissement de l'ouverture pupillaire, par suite de l'usage de la belladone, s'opposent encore aux adhérences que l'iris contracte assez souvent avec la face antérieure de la capsule cristalline, soit par suite de son inflammation simple, soit à l'aide des fausses membranes qui l'accompagnent.

Outre les effets mécaniques que je viens de signaler, les malades retirent encore un autre avantage de l'usage de cette substance. Tout en agissant sur l'iris, elle porte aussi son action sur la rétine dont elle diminue la sensibilité; et plus cet état devient prononcé, moins la lumière est fatigante et douloureuse; moins elle est cause presque continuelle de larmoiement et d'irritation.

C'est en agissant de la sorte que le mélange d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone a paru quelquefois être utile; mais on attribuait à une substance la vertu caractéristique de l'autre. Aussi le mercure doit-il être supprimé de la composition, et si l'application locale de la belladone était intempestive à cause de la nature ou de la violence de l'inflammation, on pourrait encore obtenir les mêmes succès en la donnant à l'intérieur.

Tels sont les cas où il convient de faire usage du mercure ou de ses préparations, et ceux où il faut s'abstenir de ce médicament, qui dans les diverses affections des yeux, comme ailleurs, possède d'immenses vertus curatives, quand il est administré en temps opportum ; comme aussi il peut être inutile et même augmenter le mal contre lequel on l'administre, quand la nature de celui-ci, sa cause ou ses effets n'en réclament pas l'emploi.

MASLIEURAT,
D. M. à Salagnac.

II. Mémoire sur l'emploi du nitrate de potasse à haute dose sur le rhumatisme articulaire aigu.

(*Suite*) (1).

DEUXIÈME SECTION.

RHUMATISMES GUÉRIS. RÉCIDIVE. GUÉRISON PAR LE MÊME TRAITEMENT.

OBS. XI. — *Rhumatisme articulaire aigu au troisième jour. Guérison au septième jour. Récidive vingt-quatre jours après. Reprise du traitement. Guérison au quatrième jour.*

Dérouineau, seize ans, tailleur, entre à l'hôpital Beaujon le 1er juin 1840. Constitution lymphatico-nerveuse, assez forte; habituellement bien portant; né d'un père rhumatisant. Il y a quinze jours, douleurs vagues dans les articulations. Le 31 mai, l'affection rhumatismale se prononce ; il entre à l'hôpital le lendemain. Il n'habite ni ne travaille dans un endroit humide. Aucun traitement.

État actuel, le 2 juin. Le poignet gauche, les deux genoux, les deux coude-pieds sont gonflés et douloureux, et quelques-unes de ces articulations présentent déjà une rougeur très-notable; les coudes commencent à rougir; langue muqueuse, humide, blanchâtre; soif prononcée; couleur faiblement jaunâtre des conjonctives; épigastre indolent ; garde-robes liquides ce matin. Urines se troublant par l'acide nitrique à 1,027. Pouls à 92, ni dur ni large; bruits du cœur profonds et sonores sans altération. 48 grammes de nitrate de potasse dans quatre litres de chiendent édulcoré. Diète.

3 juin. Pouls à 92, assez large, assez fort. Quelques sueurs dans la journée ; deux garde-robes liquides ; urines très-abondantes ; yeux toujours ictériques; membres supérieur et inférieur gauche comme hier; le coude droit est mieux; articulation tibio-tarsienne gauche comme hier, ainsi que la droite ; genou gauche un peu moins douloureux ; épaule gauche plus douloureuse, sans rougeur; mouvements du col plus difficiles et plus douloureux. Même prescr.

4 juin. Yeux plus ictériques; pouls à 84, assez large; sueurs peu abondantes; urines en quantité normale, albumineuses; poignet et coude gauches encore rouges et douloureux, un peu plus mobiles; épaule gauche moins douloureuse; poignet droit mobile et très-peu gonflé ; le doigt médius de la main droite est tuméfié, rouge et douloureux ; rien dans les genoux ; coude-pieds moins douloureux ; aucune douleur par la percussion de la région hépatique. Même prescr.

5 juin. Pas de sueurs ni de garde-robes; urines comme hier; pouls à 84; membre supérieur gauche en meilleur état ; membres inférieurs très-bien ; urines donnant un précipité par l'acide nitrique à 1,006. Même prescr.

6 juin. Pas de gardes-robes; pouls à 76 ; les membres inférieurs sont encore en bon état, ainsi que le membre supérieur gauche ; main et poignet droits rouges, douloureux, peu mobiles; sommeil assez bon ; langue humide ; soif vive ; bouche amère; pas d'appétit ; yeux moins ictériques ; urines comme hier. 60 grammes de nit. de pot. dans 4 lit. de tisane. Diète.

7 juin. Une garde-robe liquide hier soir ; pas de sueurs; urines abondantes, à 1020, donnant un nuage par l'acide nitrique ; articulation des doigts et du poignet gauche rouges, douloureuses, immobiles. Membre supérieur droit comme hier. Un peu de douleur à la pression au niveau de l'hypochondre droit; sommeil pendant la nuit. Pouls à 80. Même prescr.; bouillon.

8 juin. Pouls à 84, large sans être dur; deux garde-robes liquides, jaunes ; sommeil meilleur. État général satisfaisant ; un peu de rougeur au niveau des gaînes tendineuses du poignet ; mais cette articulation est d'ailleurs mobile, sans douleur; les articulations et les gaînes tendineuses des doigts de la main droite sont encore un peu rouges, mais mobiles et indolentes; enduit de la langue moins épais, ictère plus faible qu'hier; pas de toux; rien de notable au cœur ; urines acides, à 1019, précipitant encore par l'acide nitrique. Même prescr., potages.

9 juin. Trois garde-robes liquides ; aucune nouvelle douleur. Toutes les articulations sont libres, mais celles des membres inférieurs sont bien plus mobiles que celles du membre supérieur; pouls à soixante-seize; urines alcalines à 1016 ; sentiments de mieux prononcé. Même. pr.

A partir de ce moment, le malade marche rapidement vers la convalescence. Il présente seulement, le 10 juin, un peu de tuméfaction de deux doigts de la main gauche. Cette tuméfaction se dissipe le lendemain ; on continue le nitrate de potasse à doses décroissantes, jusqu'au 14 juin. L'ictère et la douleur de l'hypochondre droit ont complètement disparu le 12 juin. Le malade est fort bien lorsque, le 14 juin, il commet, sans cause connue, des actes de folie. Le 16 juin les actes de folie ne se sont pas renouvelés. Le pouls est à 72. La guérison est complète, mais le malade séjourne encore à l'hôpital pour qu'on surveille son état moral. Le 17 juin, délire pendant la nuit. Le malade a pour idée fixe qu'il a empoisonné quelqu'un. On combat ces accidents par les anti-spasmodiques. Depuis le 19 ils ne se sont plus renouvelés.

11 et 12 juillet. Retour de quelques douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes.

13 juillet. Rougeur sur le trajet des extenseurs du pied et des trousseaux ligamenteux de l'articulation tibio-tarsienne gauche. 20 grammes de ni-

(1) V. le n° de février 1841.

trate de potasse dans deux litres de chiendent édulcoré.

14 juillet. L'articulation tibio-tarsienne gauche est moins gonflée. La droite se tuméfie et rougit davantage ; pas de sueurs ; deux garde-robes. Même prescr.

15 juillet. Pied droit peu rouge et moins tuméfié; les mouvements en sont plus faciles; pied gauche en bon état; la main gauche, qui était un peu raide hier, se meut aujourd'hui. Appétit, langue humide; pouls à 100; pas de chaleur à la peau; moiteur; pas de garde-robes. 30 grammes de nit. de pot. dans 2 litres de chiendent. 3 potages.

16 juillet. Pas de rougeur ni de douleur aux membres inférieurs ; plus de tuméfaction ; mouvements libres ; pouls à 96; urines alcalines à 1018. Même presc. Le 1/8.

17 juillet. Disparition complète du rhumatisme; pouls à 84; état satisfaisant. Le malade sort pour aller dans son pays.

Obs. XII. — *Rhumatisme articulaire aigu au troisième jour. Guérison au dixième jour. Récidive huit jours après. Endocardite. Reprise du traitement. Guérison au neuvième jour.*

Balaka, dix-huit ans, menuisier, entre à l'hôpital Beaujon le 18 juillet 1840. Ce jeune homme, d'une constitution robuste et sanguine, n'a jamais fait de maladie grave, et se portait bien lorsque, le 13 juillet, après une longue course, vives douleurs dans les jointures. Le lendemain, après un bain de pieds, les pieds enflent. Le 15 il est forcé de quitter son travail. Les douleurs deviennent générales; il n'a fait aucun traitement. Il entre à l'hôpital le 18 juillet, et on reconnaît, à son entrée, un rhumatisme aigu, fébrile. Tisane de chiendent chaude.

Etat actuel, 19 juillet. Coude-pieds peu douloureux et tuméfiés ; genoux distendus et fluctuants ; articulations coxo-fémorales douloureuses; toutes les articulations de la main gauche tuméfiées et douloureuses; coude gauche indolent; épaule gauche douloureuse. Depuis hier les doigts et le coude droits commencent à être douloureux. La rougeur et la tuméfaction y sont peu notables. Langue blanche, saburrhale ; quelques aigreurs; pas d'appétit; garde-robe par lavement. Pouls à 104, dur, large et fort. Rien de notable au cœur, ni matité ni bruit anormal; 32 inspirations. Peu de sommeil cette nuit. 30 grammes de nitrate de potasse dans trois litres de chiendent édulcoré. Diète.

20 juillet. Garde-robes nombreuses depuis hier en dévoiement; sueurs et urines abondantes; peu de sommeil; bras gauche libre; douleurs de la jambe droite de beaucoup diminuées; une trace d'épanchement dans le genou gauche ; coude-pied gauche plus douloureux, plus tuméfié et moins mobile. Toutes les articulations du membre supérieur droit sont prises. Pouls à 100, large, sans être très-dur ; peau chaude ; rien d'anormal dans les battements du cœur ; appétit ; langue blanche, humide; ventre indolent ; sentiment de mieux. 40 grammes nit. de pot. dans quatre litres de chiendent édulcoré. Lait.

21 juillet. Les sueurs ont continué ; le malade urine très-souvent, mais en petites quantités; cinq à six garde-robes liquides moins abondantes qu'hier; sommeil court et interrompu par les douleurs. Toutes les articulations du membre supérieur gauche sont tuméfiées et peu mobiles, sans rougeur. Le membre inférieur gauche est mieux ; le coude-pied droit est rouge, douloureux, immobile ; genou droit faiblement distendu par de l'épanchement. Les articulations du membre supérieur droit sont moins douloureuses qu'hier. Pouls 104, moyennement dur et large; peau chaude; facies coloré; langue saburrhale; moins de soif; appétit. Même prescr. Bouillon.

22 juillet. Garde-robes liquides et répétées avec cuisson à l'anus et quelques ténesmes; sueurs moins abondantes ; urines abondantes. Pouls à 104; le bras gauche est mieux ; l'articulation sterno-claviculaire gauche est encore un peu douloureuse; pied droit moins gonflé et moins rouge, encore un peu douloureux; un peu d'épanchement dans le genou droit. Tout le membre supérieur droit présente de la rougeur et du gonflement aux doigts, au poignet, à l'épaule. Langue saburrhale; appétit; sommeil meilleur; ventre un peu sensible à la pression. Même prescr.

23 juillet. Sueurs et urines abondantes ; quelques garde-robes liquides dans la journée ; les doigts de la main gauche sont faiblement gonflés ; le membre supérieur gauche est du reste assez bien ; l'articulation sterno-claviculaire gauche a cessé d'être sensible; au membre inférieur gauche le genou est encore volumineux, et l'articulation coxo-fémorale gênée dans ses mouvements; pied droit tuméfié ; rougeur sur les gaînes des extenseurs ; coude-pied gonflé et douloureux ; genou droit distendu par de la synovie; les gaînes des fléchisseurs de la jambe sont douloureuses et tuméfiées ; articulation coxo-fémorale douloureuse. Quant au membre supérieur droit, il y a moins de tuméfaction et moins de douleur qu'hier. Le malade se trouve bien. Pouls à 104, assez large; bon sommeil ; pas de soif; un peu d'appétit. 30 grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade. Bouillon.

24 juillet. Garde-robes liquides fréquentes; urines en quantité normale ; un peu de rougeur et de gonflement à un doigt de la main gauche; tout le bras gauche est d'ailleurs bien. Moins de synovie dans le genou droit. Du reste, ce membre-là est mieux ; le poignet droit et les doigts de la main droite sont tuméfiés, rouges et peu mobiles. Pouls à 96 ; peu de soif ; appétit ; ventre indolent ; sommeil meilleur; 40 grammes de nit. de pot. dans trois litres de lim. Soupes.

25 juillet. Sueurs assez abondantes; dévoiement moins abondant; membres supérieurs et inférieurs en bon état ; épistaxis de deux onces ; la tête est tournée vers la clavicule droite, les masses latérales gauches des vertèbres sont douloureuses, ainsi que les apophyses épineuses. A droite, moins de sensibilité à la pression. Pour porter sa tête à gauche, le malade est forcé de faire exécuter au tronc un mouvement de totalité. Pouls à 104; appétit. Même presc.

26 juillet. Quatre garde-robes; peau moite; urines en quantité normale; mouvement du cou plus faciles; les articulations vertébrales moins douloureuses; quelques douleurs dans les doigts et dans les épaules, surtout la gauche; épistaxis de deux onces. Pouls à 104; appétit; ventre indolent; pas de palpitations; l'impulsion du cœur est assez vive. Même prescription.

27 juillet. Cinq garde-robes liquides ; sueurs assez abondantes ; urines en quantité médiocre. Pouls à 100, moyennement consistant. Toutes les articulations sont mobiles et indolentes. Le cou est parfaitement mobile; il reste seulement un peu de raideur dans les articulations coxo-fémorales; bon appétit. Même presc.

28 juillet. Deux garde-robes dans la journée ; un peu de transpiration; la main droite est seule gonflée, douloureuse; le poignet est libre. Pouls à 100; toutes les autres articulations en bon état. Même prescr.

29 juillet. Trois garde-robes depuis hier; pas de sueurs; aucune nouvelle douleur. Les points anciennement rhumatisés reprennent de la mobilité; faible épistaxis. Pouls à 88, moins fort. 30 gramm. nit. de pot. dans deux litres de limonade, Potages. Lait.

30 juillet. Moiteur; peu de sommeil pendant la nuit; ventre indolent. Pouls à 84. Rien dans les membres. 20 gram. nit. de pot. dans deux litres de limonade. Le 1/8.

A partir de ce jour, l'amélioration se fait sentir de plus en plus; on continue cependant l'usage du nitrate de potasse à doses fractionnées. Le malade se promène tous les jours dans le jardin, lorsque, le 6 août, après s'être exposé probablement à quelque courant d'air, les doigts de la main gauche, le poignet et le coude gauche se tuméfient douloureusement, sans rougeur. Chaleur modérée; langue nette; deux garde-robes; pas de douleur de ventre; pas de sommeil. Repos au lit. 30 gramm. nit. de pot. dans 2 litres de limonade. Le 1/4.

7 août. Pouls à 100, assez large; main gauche gonflée, presque œdémateuse; les articulations ne sont pas douloureuses au bras gauche; transpiration modérée; peu de garde-robes; sueurs cette nuit. Même prescr.

8 août. Pouls à 100; moiteur de la peau. La douleur de la main gauche a disparu; la douleur a envahi les gaînes des extenseurs du pied et des fléchisseurs de la jambe gauche; peau chaude; un peu d'appétit; ventre indolent; urines alcalines: langue blanchâtre. 45 gramm. nit. de pot. dans trois litres de limonade. Soupes.

9 août. Pouls à 106; pas de transpiration; épistaxis de 120 grammes; deux garde-robe; pied droit presque entièrement libre; coude-pied gauche tuméfié, douloureux et peu mobile; les deux genoux tuméfiés et douloureux, distendus par de l'épanchement. Même prescr. Bouillon.

10 août. Moiteur de la peau; deux garde-robes hier; épistaxis de 130 grammes (le caillot est ferme et consistant, légèrement couenneux). Pouls à 116. Les coude-pieds et les genoux sont mieux. Il n'existe de douleurs notables que dans les gaînes des fléchisseurs de la jambe et dans l'épaule et le coude droits. Le poignet droit est gonflé, ainsi que les doigts. Endui brunâtre de la langue; ventre indolent. 60 grammes nit. de pot. dans trois litres de limonade. Bouillon.

11 août. Deux garde-robe liquides; transpiration peu considérable; un peu de dysurie. Les articulations du membre supérieur droit sont un peu plus mobiles, moins douloureuses; le gonflement a toujours l'apparence œdémateuse; membre inférieur droit bien; les fléchisseurs du genou gauche ont leurs gaînes tuméfiées douloureuses. Membre supérieur gauche douloureux au coude et à l'épaule; vertèbres cervicales douloureuses et mouvements du cou difficiles; peau chaude, moite; pouls à 120, large, assez dur; impulsion du cœur vive, accompagnée de résonnance tympanique à la base, sans bruit anormal. Matité assez considérable au-dessous de la septième côte, à gauche; langue brunâtre; ni soif ni appétit. Même prescr.

12 août. Pas de garde-robe; quelques nausées et du dégoût; langue comme hier; pouls à 100; épigastre indolent; moiteur la nuit; urines très-acides, à 1,032. 45 gram. de nit. de pot. dans trois litres de limonade. Bouillon.

13 août. Moiteur; pas de garde-robe; les gaînes fibreuses du genou gauche ne sont plus douloureuses; il n'y a plus qu'un peu d'empâtement autour de la rotule, et un peu d'épanchement dans l'articulation. Pouls à 104. Même prescr. Soupe.

14 août. Pouls à 96; sueurs assez abondantes; pas de garde-robe; urines alcalines en quantité normale. Aucune douleur articulaire; il en reste seulement une dans le biceps et les muscles thoraciques droits. La couche brune de la langue persiste; appétit; peu de soif; ventre indolent. Même prescr.

15 août. Cessation de toutes les douleurs; langue brunâtre, humide; ventre indolent. Pouls à 96. 40 gramm. nit. de potasse dans deux litres de limonade. Soupes.

16 août. Pouls à 64; bon sommeil; pas de garde-robes; sueurs et urines comme dans l'état de santé; aucune douleur. 30 gramm. nit. de potasse dans deux litres de limonade. Le 1/8.

17 août. Une garde-robe; pas de transpiration; pas de nouvelles douleurs; l'enduit brunâtre de la langue commence à diminuer; appétit; peu de soif; 20 gramm. nit. de pot. dans un lit. de lim. Le 1/8.

19 août. L'enduit brunâtre de la langue a presque disparu. Cessation du nitrate de potasse. Le 1/4.

Le malade sort de l'hôpital parfaitement guér le 4 septembre 1840.

Avant de m'engager dans la discussion relative au traitement précédent, je crois devoir exposer dans un tableau analytique le résumé rapide de chacune de mes observations. De cette manière, le lecteur pourra les embrasser d'un coup d'œil et en rapprocher facilement les conséquences.

Tableau général des rhumatismes articulaires aigus traités par le nitrate de potasse à haute dose.

NUMÉROS.	AGE et SEXE.	MÉDICATION ANTÉRIEURE.	DEGRÉ ET PÉRIODE.	PRÉPARATION ET ADMINISTRATION.	DOSE LA PLUS ÉLEVÉE.	QUANTITÉ TOTALE.	DURÉE de L'ADMINISTRATION	EFFETS ET RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES.	DURÉE DE LA MALADIE. à partir du traitem.	DURÉE DE LA MALADIE. à partir de l'invasion	SECTIONS.
1re	homme 30 ans.	Aucune.	Moyennement aigu, au 2e jour.	Nitrate de potasse dissous dans de la tisane de chiendent, réglisse.	30 grammes, divisés dans 3 litres de tisane.	170 grammes.	7 jours.	D'abord urines très-abondantes et sueurs modérées; puis sueurs très-abondantes. Diminution rapide des douleurs articulaires et de la fièvre.	4 jours.	6 jours.	1re SECTION : rhumatismes guéris sans récidive.
2e	homme 31 ans.	Aucune.	Très-aigu, au 3e jour.	Nitro dissous dans de la limonade citrique, édulcorée.	60 grammes, divisés dans 6 litres de tisane.	500 grammes.	12 jours.	Sueurs extrêmement abondantes, puis urines très-abondantes et évacuations alvines assez abondantes sans coliques. Guérison rapide.	6 jours.	9 jours.	
3e	homme 20 ans.	Onctions avec baume tranq., ext. stramoine	Moyennement aigu, au 2e jour.	Nitre dissous dans du ch. réglisse, fortement édulcoré.	36 grammes, divisés dans 3 litres de tisane.	230 grammes.	8 jours.	Sueurs d'abord très-abondantes, puis garde-robes faciles, sans coliques. Guérison rapide.	7 jours.	9 jours.	
4e	homme 60 ans.	Aucune.	Assez aigu, au 5e jour.	Nitre dissous dans de la limonade citrique fortement édulcorée.	40 grammes, divisés dans 2 litres de tisane.	270 grammes.	8 jours.	D'abord sueurs plus abondantes et augmentation de la quantité de l'urine. Plus tard, augmentation des évacuations alvines sans coliques. Guérison rapide.	7 jours.	12 jours.	
6e	homme 24 ans.	Aucune.	Aigu, au 4e jour.	Nitro dissous dans du ch. édulcoré et un julep.	30 grammes, divisés dans 2 litres de tisane, et 1 julep de 120 gramm.	180 grammes.	7 jours.	Disparition rapide de l'épanchement péricardiaque et guérison rapide. Mes notes sont incomplètes au sujet des sueurs, des urines et des évacuations alvines.	7 jours.	11 jours	
6e	homme 19 ans.	Aucune.	Très-aigu, au 2e jour.	Nitre dissous dans du tilleul fortement édulcoré.	48 grammes, divisés dans 6 litres de tisane.	274 grammes.	10 jours.	Sueurs très-abondantes. Guérison assez rapide.	8 jours.	10 jours.	
7e	femme 20 ans.	Aucune.	Moyennement aigu, au 4e jour.	Nitre dissous dans de l'orge gommée, édulc. et un julep béchique.	30 grammes, divisés dans 2 litres de tisane et 1 julep de 120 gramm.	120 grammes.	4 jours.	Guérison assez rapide. (Notes incomplètes sur les sueurs, les urines et les évacuations alvines.)	8 jours.	12 jours.	
8e	homme 40 ans.	Aucune.	Aigu, au 10e jour.	Comme ci-dessus.	Comme ci-dessus.	360 grammes.	12 jours.	Guérison assez rapide. (Même réflexion que pour la précédente.)	9 jours.	19 jours.	
9e	femme 22 ans.	Aucune.	Très-aigu, au 5e jour.	Nitre dissous dans de la limonade citrique fortement édulcorée.	60 grammes, divisés dans 4 litres de tisane.	638 grammes.	13 jours.	Sueurs excessivement abondantes. Quelques nausées au début, sans vomissement et disparaissant rapidement. Guérison un peu moins rapide.	11 jours.	17 jours.	
10e	homme 36 ans.	Onctions balsamiques.	Aigu, au 6e jour.	Comme ci-dessus.	Comme ci-dessus.	858 grammes.	22 jours.	Transpiration très-abondante, puis gardes-robes liquides assez abondantes, sans coliques. Guérison moins rapide par suite d'imprudence du malade.	14 jours.	20 jours.	
11e	homme 16 ans.	Aucune.	Aigu, au 3e jour.	Nitre dissous dans du chiendent fortement édulcoré.	60 grammes, divisés dans 4 litres de tisane.	498 grammes.	11 jours.	Sueurs le premier jour et urines plus abondantes. Disparition de ces phénomènes. Plus tard, évacuations alvines liquides, sans coliques. Guérison rapide.	7 jours.	10 jours.	2e SECTION : Rhumatismes guéris par ce traitement. RÉCIDIVE : Guérison nouvelle, idem.
		RÉCIDIVE.	Peu aigu, au 3e jour.	*Ut suprà.*	30 grammes, divisés dans 2 litres de tisane.	100 grammes.	4 jours.	Rechute 24 jours après la guérison. Reprise du traitement; un peu de transpiration. Augmentation de l'urine. Guér. rapide.	4 jours.	7 jours.	
12e	homme 18 ans.	Aucune.	Aigu, au 3e jour.	Nitre dissous dans du chiendent édulcoré.	48 grammes, divisés dans 3 litres de tisane.	561 grammes.	18 jours.	Évacuations alvines nombreuses et abondantes. Sueurs et urines d'abord abondantes, puis diminuant plus tard. Les garde-robes seules persistent. Guér. un peu moins rapide.	10 jours.	13 jours.	
		RÉCIDIVE.	Aigu, au 1er jour.	*Ut suprà.*	60 grammes, divisés dans 3 litres de tisane.	485 grammes.	13 jours.	Rechute huit jours après la guérison. Reprise du même traitement. Augmentation de la transpiration. Guér. assez rapide.	9 jours.	9 jours.	

RÉSUMÉ.
- Quantité moyenne de nitrate de potasse administrée à chaque malade : Par jour, 33 grammes, Pendant toute la durée de la maladie, 374 grammes.
- La guérison de la maladie a eu lieu, terme moyen, : En 8 jours, à partir du traitement. En 12 jours 1/2 à, partir de l'invasion.

COROLLAIRES.

Il résulte des observations et du tableau précédents :

1° Que douze sujets soumis à l'emploi du nitrate de potasse à haute dose, tous affectés de rhumatisme articulaire aigu (dont trois avec endocardite ou péricardite rhumatismales), ont été complètement guéris dans un terme moyen de huit jours, à partir du traitement, de quatorze jours à partir de l'invasion;

2° Que la quantité moyenne de nitrate de potasse administrée dans les vingt-quatre heures a été de trente-trois grammes, divisés dans trois litres de tisane;

3° Que la quantité moyenne de nitrate de potasse administrée pendant la maladie a été de trois cent soixante-quatorze grammes.

§ Ier.

Je passe maintenant à l'étude des effets primitifs de cette médication; voyons jusqu'à quel point sont fondées les appréhensions qu'elle a fait naître.

En général, l'administration de ce médicament a provoqué de nombreuses et d'abondantes transpirations, quelquefois des évacuations alvines copieuses, moins souvent des évacuations urinaires copieuses; sous son influence, le pouls a rapidement perdu de sa fréquence, et l'affection articulaire a perdu de son intensité.

J'examinerai rapidement les modifications qu'ont subies les divers appareils :

1 *Appareil digestif.* Pendant toute la durée de ce traitement, la langue a conservé son humidité; quelquefois seulement elle est devenue blanchâtre; une fois elle a été jaunâtre, et la bouche a été mauvaise pendant deux jours, à la suite de l'administration d'une tisane nitrée mal préparée. Dans un autre cas, la langue a été brunâtre pendant toute la durée du traitement, sans qu'il y ait eu aucune réaction vers les organes digestifs.

La soif a toujours été modérée.

L'appétit n'a jamais disparu pendant le traitement: chez quelques malades même, il était très-prononcé.

Une de nos malades a eu des nausées le premier jour; le lendemain elles avaient disparu pour ne plus reparaître.

Un seul malade a eu des vomissements peu abondants. Le ventre est resté indolent chez presque tous nos malades; un seul a eu quelques légères coliques.

Les évacuations alvines n'ont été très-abondantes que chez quatre malades; chez les autres, elles ont été en général assez régulières (de deux à trois par jour).

La constipation a persisté pendant assez long-temps chez trois de nos sujets.

J'ai remarqué que les évacuations alvines très-abondantes coïncidaient avec une transpiration ou une diurèse médiocres, et que la guérison était d'autant plus rapide, que la liberté du ventre était mieux établie.

2° *Appareil circulatoire.* Sous l'influence du nitrate de potasse à haute dose, le pouls a rapidement perdu de sa fréquence; l'impulsion du cœur est devenue moins vive, et les battements artériels ont perdu leur dureté. Le plus souvent cette amélioration s'est fait sentir du jour au lendemain. Une seule fois (obs. XII) le pouls a présenté des oscillations de fréquence remarquables; et cette fréquence n'a franchement diminué qu'au neuvième jour. Chez ce même malade la rechute (qui se compliquait d'endocardite et peut-être de péricardite) a été accompagnée d'une fréquence remarquable du pouls pendant sept jours, époque à laquelle le pouls a notablement et graduellement perdu de son accélération.

L'endocardite et la péricardite rhumatismales se sont dissipées graduellement et rapidement sans aucune autre médication; et les malades sont sortis parfaitement guéris. J'ai revu, depuis, le sujet qui fait l'objet de l'observation douzième; il était affecté de quelques douleurs rhumatismales erratiques, et je me suis convaincu qu'il n'y avait chez lui aucune trace de maladie du cœur.

3° *Appareil sécrétoire.* La perspiration cutanée a très-notablement augmenté de quantité chez le plus grand nombre des rhumatisants soumis à ce traitement; c'est même une des modifications les plus générales que l'on observe. Dans trois cas, les sueurs ont été excessivement abondantes; et un de ces cas (obs. IX) est remarquable sous ce rapport que, au bout de quelques jours, la diaphorèse a notablement diminué, puis s'est supprimée. L'amélioration, qui avait été considérable pendant les premiers jours, n'a plus fait de progrès, et ce n'est que lorsque la constipation, qui durait depuis le commencement de la maladie, a cessé, que la maladie a franchement marché vers la guérison. En général, les sueurs étaient d'autant plus abondantes que la sécrétion intestinale ou rénale était moindre. Cependant elles coïncidaient souvent avec l'augmentation de la sécrétion urinaire.

La quantité d'urine a notablement augmenté dans un certain nombre de cas; mais jamais ce phénomène n'a été aussi général que les sueurs. Sous le rapport chimique, les urines ont été trouvées très-souvent alcalines. C'est, du reste, une action qu'exercent tous les sels à base de potasse ou de soude.

§ II.

Quel est le mode d'action du nitrate de potasse à haute dose? Suivant M. De Villiers (*Dict. des sciences médic.*, article Nitrate de potasse, t. 36), « à quelque dose que l'on administre ce sel, il ne perd jamais la propriété qu'il a de stimuler les voies urinaires. Mais, en général, cette action sur ces organes a lieu beaucoup plus promptement, lorsqu'on

l'administre à petite dose.» Cette proposition me paraît vraie en partie, mais seulement un peu trop générale. La sécrétion urinaire est moins souvent influencée que la sécrétion cutanée dont M. De Villiers n'a point parlé. Ainsi qu'on l'a vu par le résumé rapide des modifications que subissent les appareils digestif, circulatoire, sécrétoire, le nitrate de potasse jouit de la propriété de produire des sueurs très-abondantes, d'augmenter notablement la quantité d'urine, et de donner lieu à une sécrétion assez abondante à la surface muqueuse des intestins. Si l'on ne tenait compte que de ces données, on pourrait dire que le nitrate de potasse n'agit qu'en augmentant les sécrétions et, pour ainsi dire, comme révulsif. Son action serait alors d'autant plus efficace qu'il agirait en même temps sur des surfaces très-étendues et qu'il occasionnerait des déperditions très-abondantes. Ses effets seraient d'autant plus clairs que l'action principale de ce sel est d'augmenter la perspiration cutanée; et, comme le plus souvent c'est dans la suppression de cette sécrétion que se trouve la cause du rhumatisme, on comprend jusqu'à un certain point que le rétablissement de cette sécrétion peut ramener l'équilibre dans l'économie. Mais est-ce là la seule action du nitrate de potasse à haute dose? N'agit-il pas notablement sur le cœur en modérant l'impulsion et la fréquence de ses battements? Cette action sur le centre circulatoire se produit trop rapidement, pour qu'on puisse la rattacher à la *révulsion*.

Faut-il, avec Rasori, considérer ce sel comme « un anti-phlogistique direct, qui agit généralement et d'une manière insensible en vertu d'une propriété spéciale dont il est doué contre les inflammations?» On comprendra toute la réserve que je dois apporter dans une pareille discussion; il n'appartient qu'aux hommes qui ont beaucoup et bien vu de trancher de pareilles questions. Pour moi, j'ai montré qu'une action révulsive ne donnait pas l'explication complète des effets du nitrate de potasse à haute dose, et qu'il restait toujours à démontrer comment ce sel produisait rapidement une sédation du système circulatoire. Il y a sans doute là matière à de nouveaux essais : je les appelle de tous mes vœux, afin que ce point de doctrine soit définitivement fixé.

§ III.

Effets thérapeutiques.

Dance l'a dit pour le tartre stibié : « Qu'importe au médecin le mode d'action des médicaments, pourvu que leur efficacité soit bien constatée? j'ajouterai : « pourvu que leur emploi ne soit pas dangereux et que leur action soit aussi efficace que celle de tout autre médicament connu. » Pour moi et pour tous ceux qui ont bien voulu parcourir les observations qui précèdent, l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu ne peut être douteuse. Que deviennent, en présence de ces faits, les assertions sur le danger de l'emploi de ce sel? que prouvent davantage les expériences sur les animaux vivants? N'a-t-on pas, dans toutes ces expériences, administré le nitrate de potasse dissous dans une petite quantité de véhicule? N'a-t-on pas toujours pratiqué la ligature de l'œsophage, opération déjà fort laborieuse, qui suffirait à elle seule pour jeter du doute sur tous les résultats postérieurs? Cependant qu'a-t-on fait? on s'est hâté de conclure des animaux à l'homme, et l'on est arrivé à dire que, à la dose de cinq à six grammes, son administration était dangereuse, pendant que, depuis des siècles, on l'administrait chez l'homme à la dose de huit à douze grammes sans qu'il ait jamais produit d'accidents. Que prouvent encore les quelques observations d'empoisonnement par ce sel que l'on a rapportées? Le nitrate de potasse, en ces cas, n'avait-il pas toujours été administré, dissous dans une petite quantité de liquide, ou donné à des hommes déjà atteints de maladie des organes digestifs? Je crois donc qu'on a beaucoup exagéré l'action irritante du nitrate de potasse et l'irritabilité de l'estomac; et je dis, avec M. De Villiers, (art. cité) « qu'en prescrivant ce sel avec précaution, à des doses graduées et proportionnelles à l'âge et à l'idiosyncrasie particulière des individus, en surveillant prudemment ses effets, il ne nuira jamais. » D'ailleurs, comme le dit encore M. De Villiers, « il est moins dangereux que les extraits de noix vomique, de digitale, de ciguë, de rhustoxicodendrum, de belladone, d'aconit, etc., ou même que les préparations d'arsenic, de baryte, de nitrate d'argent, qu'on emploie si souvent aujourd'hui. »

Aux effets thérapeutiques se rattache directement la question de la durée du rhumatisme soumis à ce traitement. Je ne puis me dispenser ici de jeter un coup-d'œil sur les résultats fournis par les diverses médications en usage. Si l'on consulte les *Leçons cliniques* de M. le professeur Chomel, on y trouve que la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu est de vingt-trois à cinquante jours; pour d'autres auteurs, M. Rochoux en particulier, qui emploie le traitement de Sydenham, la durée moyenne est de quarante jours. Dance, qui a fait des expériences sur le tartre stibié, en porte la durée de quarante à soixante jours; Hope, qui emploie le colchique combiné avec les évacuants et les narcotiques, fixe la durée de cette maladie à huit ou dix jours; et, d'après ce qu'il ajoute, on peut en conclure qu'un bon nombre dure davantage (*on the diseases of the heart* (1839). M. le professeur Bouillaud, qui est parvenu, par sa formule des saignées coup sur coup, à abréger la durée de cette affection, en fixe cependant la durée à un ou deux sépténaires (*Traité clinique du rhumatisme articulaire*, 1840, p. 355). C'est là

certainement un beau résultat, comparativement aux résultats des méthodes employées antérieurement. Eh bien! je ne crains pas de le dire : l'emploi du nitrate de potasse à haute dose conduit à des résultats pour le moins aussi beaux que ceux de M. le professeur Bouillaud. Cette méthode a encore, sur celle des saignées coup sur coup, un avantage très-notable, qu'un court parallèle me permettra de déduire.

1° Les émissions sanguines coup sur coup ne sont applicables que chez des sujets adultes et bien constitués. Le nitrate de potasse est applicable aussi bien chez les vieillards et les enfants que chez les adultes, aussi bien chez les personnes faibles que chez les sujets athlétiques. On comprend que ce n'est pas sans inconvénient que l'on tirera deux à trois kilogrammes de sang en trois ou quatre jours chez des sujets débiles et cacochymes, chez des femmes anémiques et chlorotiques. Rien ne prouve que le malade pourra récupérer les matériaux de cette énorme déperdition sanguine, et que la nutrition n'en souffrira pas notablement.

2° Les saignées coup sur coup ne sont que peu ou point applicables chez les sujets déjà traités il y a peu de temps par cette méthode, et chez lesquels il y a récidive. Le nitrate de potasse permet, lorsqu'il y a récidive, de recommencer le traitement, sans craindre de plonger les malades dans un état chloro-anémique d'où on ne pourrait plus les faire sortir.

3° Les saignées coup sur coup ne sont pas applicables chez les sujets convalescents et encore sous le coup de fonctions débilitantes, telles que l'accouchement, l'allaitement, etc. Le nitrate de potasse agit avec la plus grande efficacité dans ces cas.

§ IV.

Encore quelques considérations sur les conditions et les règles à observer dans l'administration du nitrate de potasse à haute dose.

Ainsi que je l'ai prouvé, ce sel, employé dans le rhumatisme articulaire aigu, n'a pas d'effets toxiques. Cependant il vaut mieux, en général, commencer par des doses moyennes, telles que dix grammes par litre, et s'élever ensuite graduellement jusqu'à quinze et même vingt grammes, ainsi que nous l'avons vu faire plusieurs fois.

Le nitrate de potasse sera dissous dans une tisane appropriée au goût du malade, et qu'on aromatisera et édulcorera de manière à masquer la saveur désagréable de ce médicament. M. Gendrin l'emploie en ville dissous dans du tilleul. M. Martin Solon le fait dissoudre dans de la limonade citrique ou tartrique. Je crois qu'il serait peut-être préférable d'employer la limonade cuite aux citrons. Au reste, j'ai remarqué, comme W. White, qu'il valait mieux ne faire dissoudre le sel qu'au moment de prendre la tisane; l'administration en est plus facile et moins désagréable.

On peut employer ce médicament à toutes les époques de la maladie. En général, il réussit d'autant mieux que son administration est plus rapprochée du début; il prévient alors le développement ultérieur de l'affection rhumatismale et en abrége la durée.

Quoique le nitrate de potasse à haute dose n'ait pas toute l'action irritante qu'on lui a prêtée, il est convenable, avant de l'employer, d'explorer l'état des organes digestifs; ainsi que je l'ai vu plusieurs fois, ce sel peut donner lieu à tous les symptômes de l'embarras gastrique. Dans ce cas, il faut en interrompre l'administration, employer les évacuants, et revenir au traitement lorsque tous les symptômes digestifs se sont dissipés. On conçoit que, lorsque l'on sera appelé auprès d'un rhumatisant qui présentera un embarras gastrique, même léger, il faudra faire précéder le traitement par l'emploi des moyens indiqués contre l'embarras gastrique. C'est en effet ce qui a été fait dans deux de nos observations (obs. VII et VIII). Je ne conçois qu'une contre-indication à l'emploi de ce traitement; c'est lorsqu'un rhumatisme se complique d'une affection véritablement inflammatoire de l'estomac ou des intestins. C'est là certainement un cas des plus rares. Au reste, même dans ces cas, on pourrait d'abord combattre l'inflammation gastro-intestinale par les moyens appropriés, sauf à reprendre le traitement quand elle aurait disparu.

Après avoir examiné le mode d'action, les effets primitifs et thérapeutiques de cette médication, et posé les règles à suivre dans son administration, je crois pouvoir tirer les conclusions générales suivantes :

1° L'administration du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu est praticable et sans danger dans l'immense majorité des cas;

2° Cette médication abrége la durée de cette maladie et la réduit à un septénaire;

3° L'efficacité de cette méthode égale (si elle ne le surpasse pas) l'efficacité de toutes les méthodes le plus avantageusement employées contre cette maladie.

ARAN, *interne des hôpitaux.*

III. Observations relatives à quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez l'enfant.

Dans un mémoire publié par les *Archives générales de médecine*, nous avons rapporté des observations d'enfants âgés de deux ans qui avaient succombé à la fièvre typhoïde, et nous avons fait voir que l'on retrouvait à cet âge, aussi bien qu'à une époque plus avancée de la vie, les lésions qui constituent les caractères anatomiques de la dothinentérie. Nous allons maintenant citer des faits qui

prouvent que l'on peut pendant la vie observer la majeure partie, et même la totalité des symptômes qui appartiennent à cette maladie sans que l'examen attentif des organes, après la mort, révèle aucune lésion des plaques de Peyer. Nous diviserons nos observations en deux catégories : dans la première nous placerons les sujets qui ont succombé à une lésion aiguë de l'intestin, compliquée ou non d'affection aiguë des poumons. Dans la seconde, on trouvera des exemples d'enfants morts après avoir présenté tous les symptômes d'une affection typhoïde suivie de complications graves et dont l'intestin présentait une affection ancienne ou était parfaitement sain.

Enfin, nous terminerons cet article en rapportant deux cas de récidive de fièvre typhoïde.

§ Ier.

Obs. I.—*Enfant de cinq ans et demi. Santé délicate. Deux affections intestinales antérieures à la maladie actuelle. Fièvre typhoïde qui dure douze jours et se termine par la mort. A l'autopsie, pas de plaques de Peyer anormalement développées, pas d'ulcération. Inflammation simple de la membrane muqueuse, de l'iléon et du gros intestin.*

Gressal (Pierre-Eugène), âgé de cinq ans et demi, entra le 23 mars 1837 à l'hôpital des enfants malades et fut couché au n° 30 de la salle Saint-Jean.

Antécédents. Cet enfant, d'une santé délicate, a eu plusieurs maladies graves. En 1832, il a été atteint d'une affection aiguë caractérisée par des vomissements et du dévoiement. A l'âge de trois ans, il a de nouveau été pris de vomissements et de déjections noirâtres sanguinolentes abondantes. Depuis cette époque, sa santé s'est rétablie; l'an dernier cependant il a eu la variole, elle a régulièrement parcouru ses périodes et ne s'est pas accompagnée d'accidents graves. Il est bien logé, bien nourri et habite une chambre sèche.

Début. Le dimanche 19 mars, sans cause connue, et au milieu d'un état de santé satisfaisant (il avait été à l'école, la veille), il est pris de fièvre, de céphalalgie, d'épistaxis, de soif, d'anorexie, de coliques, sans vomissement ni dévoiement; il y a même de la constipation. Dans la nuit du 22 au 23, l'enfant a été très-agité, il a eu du délire. Les symptômes sus-indiqués ont conservé toute leur intensité; les parents ont remarqué que les urines étaient très-rouges.

Le 24 mars il est dans l'état suivant :

Agitation constante; il se laisse difficilement examiner; délire. Le pouls est à 120. La langue est sèche et rouge; l'abdomen ballonné; il n'y a ni taches ni sudamina; deux selles en dévoiement dans la nuit.

Des deux côtés en arrière, la percussion est sonore, on entend du râle muqueux assez abondant. (Eau gom.; pot. ricin, 30 gram.; julep diac. 8 gram.)

25. L'agitation a diminué; pouls, 132, faible; facies exprimant la souffrance et l'ennui; langue noirâtre fendillée; lèvres croûteuses; l'abdomen est tendu, douloureux à la pression; trois selles hier; des deux côtés en arrière, râle sibilant; à la base droite, quelques bulles de râle muqueux; les pupilles ne sont pas dilatées. (Eau gom.; julep gom.; frict. huile opiacée; cat. emoll.; lav. amidon; 2 vent. sèches en arrière, à droite.)

26. Le petit malade a la bouche entr'ouverte; les lèvres sont croûteuses; l'abdomen est toujours tendu, sans taches; pas de sudamina; dévoiement abondant; pouls, 128; peau chaude; cuisses fléchies sur le bassin; les pupilles ne sont pas dilatées. (Eau gom.; eau magnésienne, 2 verres en 4 fois; fom. cam. vin.; vés. jambe.)

27. Son état s'aggrave; le ballonnement du ventre et les douleurs à la pression augmentent; le dévoiement persiste; l'accélération du pouls est la même. (Eau gom.; fom. cam.; eau poulet; lav. ricin, 15 gram.)

28. L'on aperçoit deux taches rosées lenticulaires mal dessinées autour de l'ombilic; l'agitation diminue cependant; l'enfant crie dès qu'on le touche. (Eau gom.; eau magn. 3 ver.; fom.)

29. Les pupilles commencent à se dilater, elles ne se contractent pas; les taches ont disparu; pas de sudamina; l'abdomen est plus souple que les jours précédents. (Eau gom.; potion gom.; sp. fl. d'oranger; sp. tartrique; vésicatoire cuisse gauche.)

30. A onze heures et demie du soir, il meurt; la diarrhée a cessé les deux derniers jours.

Autopsie trente-trois heures après la mort. — Pas de raideur cadavérique.

Tête. Les membranes cérébrales s'enlèvent avec facilité. L'arachnoïde est lisse, polie. Les veines cérébrales et la pie-mère sont gorgées d'une assez grande quantité de sang. Il n'y a pas d'infiltration sous-arachnoïdienne. En aucun point on ne trouve de fausses membranes, de traînées purulentes ou de granulations tuberculeuses. La substance blanche offre un piqueté assez marqué; la substance grise a sa couleur ordinaire. On trouve une cuillerée de sérosité dans les ventricules, dont les parois et le plancher sont à l'état normal. Le cervelet, la moelle allongée et la protubérance sont sains.

Cou. Le larynx est pâle, sa muqueuse est lisse, transparente; la trachée offre une légère injection sans ramollissement. La muqueuse œsophagienne, dans l'étendue de trois à quatre pouces, offre une teinte d'un jaune serin qui paraît due à l'épaississement de l'épithélium qui la recouvre.

Thorax. Le poumon gauche est libre d'adhérences, le lobe supérieur contient beaucoup de sang; il ne se laisse pas pénétrer par le doigt, il surnage : quelques points de pneumonie lobulaires à la base. Bronches légèrement rosées; muqueuse lisse, polie, de bonne consistance. Le poumon droit offre quelques adhérences celluleuses en arrière; il présente les mêmes caractères que le gauche et contient du liquide en abondance.

Le péricarde ne renferme pas de sérosité, le cœur a son volume ordinaire.

Abdomen. L'estomac est d'un brun rougeâtre dans son grand cul-de-sac. En ce point la muqueuse est manifestement épaissie et paraît avoir augmenté de consistance; elle donne des lambeaux de plus de deux centimètres. Partout ailleurs sa teinte est grisâtre, elle donne des lambeaux d'un centimètre environ.

L'intestin grêle offre en plusieurs points de sa portion valvulaire une arborisation assez fine; partout la muqueuse donne des lambeaux d'un centimètre et plus. Dans les deux derniers mètres de l'intestin elle présente une teinte plus pâle que d'ordinaire et donne des lambeaux de un à deux

centimètres. Cependant, à un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, dans l'étendue de quarante-cinq centim., *la muqueuse est d'une couleur rouge-brun manifestement ramollie, ne donne pas de lambeaux; elle ne paraît pas épaissie.* En aucun point l'on n'aperçoit de *plaques* développées ni *d'ulcérations*, ni de *follicules saillants.* Les ganglions mésentériques sont d'une couleur jaunâtre, d'un petit volume, d'un pois à une petite noisette; d'autres sont grisâtres, aucuns ramollis.

La muqueuse du gros intestin est injectée en divers points de son étendue sous forme linéaire; au niveau des points rouges elle est ramollie sans épaississement; dans l'intervalle des points injectés elle est pâle et donne des lambeaux de un à deux centimètres. Pas d'ulcérations.

La rate a son volume ordinaire, son tissu est rougeâtre, médiocrement friable.

Les reins ont leur volume normal, leur tissu est ferme.

La vessie est saine.

Remarques. — Bien que cette observation laisse à desirer quelques détails, il n'en est pas moins positif que la plupart des symptômes de l'affection typhoïde se sont montrés chez notre jeune malade. La fièvre, l'agitation extrême, le délire, l'état de la langue, la constipation, puis la diarrhée; le ballonnement du ventre, la bronchite, l'épistaxis, les taches lenticulaires sont des symptômes qui, soit par le fait de leur apparition, soit surtout par leur succession et leur marche, caractérisent la dothinenterie. Et cependant à l'autopsie la triple lésion de la rate, des ganglions mésentériques et des glandes de Peyer n'existait pas. L'intestin grêle et le gros intestin étaient enflammés dans une étendue limitée, et, quoique cette inflammation fût peu intense, c'est cependant la seule lésion aiguë que nous ayons rencontrée. La coloration brun-rougeâtre et l'épaississement de la membrane muqueuse du cul-de-sac de l'estomac, avec augmentation de consistance, nous paraissent devoir être rapportés aux maladies antérieures dont notre jeune malade avait été atteint. La mort survenue à une époque si rapprochée du début ne nous permet pas de supposer que l'inflammation des plaques de Peyer ait existé et se soit terminée par la résolution; cette hypothèse ne peut être soutenue que dans les cas où la terminaison fatale est arrivée à une époque de la maladie plus avancée, ainsi que nous en citerons des exemples.

On s'étonnera peut-être de ce qu'une inflammation aussi peu étendue ait produit d'aussi graves accidents. Mais, sans rappeler ici la disproportion qui existe souvent entre la gravité des symptômes et celle des lésions dans la fièvre typhoïde, nous ferons remarquer que l'âge de l'enfant peut en rendre compte. Dans les premières années de la vie, l'appareil fébrile se développe sous l'influence des causes les plus légères, et chacun sait qu'à cet âge le cerveau réagit sympathiquement avec la plus grande facilité.

Si les lésions anatomiques sont insuffisantes pour expliquer la mort dans l'observation que nous venons de rapporter, il n'en est pas de même dans la suivante :

Obs II.—*Enfant de trois ans. Symptômes d'affection typhoïde. Mort au seizième jour. Gangrène du lobe supérieur du poumon droit. Inflammation très-intense de la partie inférieure de l'intestin grêle et de tout le gros intestin. Trois plaques de Peyer aréolaires non ulcérées.*

Dujardin, Henri-Alphonse (âgé de trois ans), fut apporté le 15 janvier à l'hôpital des Enfants malades et couché au n° 3 de la salle Saint-Jean.

Né de parents bien portants, il fut placé en nourrice deux mois après sa naissance. Il en revint il y a sept mois, il était alors en bonne santé, et jusqu'au début de la maladie actuelle il ne fut atteint d'aucune affection grave, il n'était sujet ni à la toux ni au dévoiement.

Sa maladie a débuté huit jours avant l'entrée par de la perte de l'appétit, du dévoiement peu abondant et quelques douleurs de ventre sans vomissements. La soif n'a pas été sensiblement augmentée. La toux qui existait quinze jours avant le début augmente de fréquence. Il n'a pas eu d'épistaxis; le soir il était brûlant, mais il ne s'est pas plaint de la tête. Les forces n'ont pas été manifestement déprimées, il a continué à aller à pied à l'école. Cependant il a été *apporté* par sa mère à l'hôpital.

Aucun traitement n'a été mis en usage et ses parents ignorent complètement la cause de la maladie actuelle.

Le 16 janvier il est dans l'étant suivant :

Enfant assez fortement constitué, cheveux blonds, yeux bleus, peau fine.

Le faciès est assez naturel, les ailes du nez sont légèrement dilatées, les narines croûteuses; les lèvres ne sont pas sèches.

La peau est chaude, un peu sèche; pouls, 140; régulièrement 44 à 48 inspirations sans anxiété ni oppression. La sonorité est bonne des deux côtés en arrière; il en est de même en avant. La respiration est pure partout; la langue est peu humide, rouge à la pointe, jaunâtre à la base. L'abdomen est légèrement douloureux dans la fosse iliaque droite, un peu tendu, légèrement ballonné; dévoiement verdâtre abondant. Pas de taches sur l'abdomen; sur la cuisse droite une tache rosée lenticulaire mal dessinée; nombreux sudamina sur les côtés du cou.

L'enfant répond aux questions, montre bien la langue; pas de symptômes cérébraux. (Eau gom. ed.; lav. amid.; bouillon poulet.)

17. La peau est un peu chaude et sèche; le pouls un peu petit, 136; 40 inspirations inégales; même état du faciès; toux assez rare, grasse; un peu de râle muqueux en arrière à gauche. La langue est légèrement collante, rouge à la pointe; elle tend à se sécher. L'abdomen est volumineux, ballonné, médiocrement tendu, un peu douloureux dans la fosse iliaque droite; toujours des sudamina; trois selles jaunâtres en dévoiement. Il demande souvent à boire. Le soir il n'y a pas d'exacerbation. (Gom. ed.; Potion huile ricin, une once; fom. cam.)

18. Même état de toutes les fonctions. Joue droite colorée; une petite tache rosée à la face externe de la cuisse droite; râle ronflant des deux côtés en arrière. (Gom., frict. huile, cam. opiacée; eau poulet.)

19. Peau chaude; pouls 148, vibrant; 40 inspirations; respiration pure des deux côtés en arrière. La tache lenticulaire et les sudamina ont disparu ; le dévoiement persiste très-abondant; faiblesse ; se met difficilement sur son séant ; agitation la nuit. (Id., cat. ventre.)

20. L'état de l'enfant s'aggrave ; la nuit a été mauvaise; cris continuels, délire. Le matin le décubitus est dorsal; la tête déjetée en arrière et à droite ; les yeux caves entourés d'un cercle noir, demi-fermés ; le nez sec et croûteux ; les lèvres sèches; le masque pâle; le facies altéré exprimant la souffrance ; petites plaintes continuelles. La peau est chaude; le pouls est petit, inégal, varie entre 140 et 148; 48 inspirations. En arrière, respiration pure, peut-être plus faible à droite qu'à gauche; la langue est jaune à la base, rouge à la pointe, sèche; l'abdomen est peu développé, peu souple, douloureux dans toute son étendue ; dévoiement verdâtre, abondant; pas de taches; pas de sudamina.

L'enfant répond aux questions, demande lui-même à boire. Cependant dans la journée il ne reconnaît pas sa mère. (Même trait.)

21. La nuit est un peu meilleure, et le 21 au matin nous observons une légère amélioration ; le malade est plus éveillé; le faciès est moins altéré ; les joues moins colorées que la veille ; la langue moins sèche ; l'abdomen est volumineux, mais plus souple ; les circonvolutions intestinales sont dessinées à sa surface; pas de gargouillement; pas de taches typhoïdes; la rate ne déborde pas les côtes; nombreuses selles en dévoiement verdâtre. L'accélération du pouls et de la respiration persistent; pouls 132, petit; resp. 52. Des deux côtés en arrière la respiration est faible, surtout à droite; sans râle; la percussion est sonore, la toux rare. (Gom., cat., frict. ventre; pot. huileuse ; eau poulet.)

22. La nuit a été très-agitée; ce matin décubitus dorsal; tête déjetée à droite; yeux caves, croûteux; narines pulvérulentes; le trait nasal est dessiné; le faciès exprime la souffrance; la respiration est plus active ; pouls, 160; toux assez fréquente ; respiration pure, en arrière; même état des voies digestives ; langue humide, mais rouge. (Gom., cat., vent.; cat. chauds aux pieds.; lav. au v.)

23. Peau chaude et sèche; pouls, 164, très-petit; respiration, 36; décubitus latéral droit; même état du reste. (Idem.)

24. La nuit a été assez calme ; le matin peau chaude; pouls, 140, petit; 32 inspirations sans dilatation des ailes du nez ; même faciès ; la langue est humide, couverte d'un enduit jaunâtre épais ; abdomen très-flasque, aplati ; pas de taches typhoïdes; sudamina sur les parties latérales du cou; dévoiement toujours très-abondant, selles verdâtres; toux rare; en arrière, à gauche, râle sous-crépitant abondant par petites bulles dans toute la hauteur; à droite on l'entend à la base seulement; la percussion est égale et sonore. A quatre heures de l'après-midi aggravation; facies altérée ; pouls d'une petitesse extrême. La nuit est assez tranquille. (Idem, bains d'amidon.)

25, au matin, yeux profondément caves, couche de mucus sur la cornée de l'œil gauche; face très-pâle; le pouls très-petit, intermittent, 146; 40 à 48 inspirations inégales, plaintives ; nombreux sudamina sur les côtés du cou; même état de l'abdomen, persistance du dévoiement verdâtre. L'enfant comprend quand on lui dit de tirer la langue, mais il n'a plus la force de le faire. La faiblesse a beaucoup augmenté.

A deux heures après-midi il meurt.

A aucune époque de la maladie il n'y a eu d'épistaxis, de cris aigus, de soubresauts de tendons, de carpologie, de mouvements convulsifs, de resserrement des mâchoires. Le dévoiement provoqué ou non a été constant.

Autopsie quarante-quatre heures après la mort par un temps très-froid.

Habitude extérieure. Cadavre bien conformé. Pas de vergetures. Quelques taches verdâtres sur l'abdomen. Raideur cadavérique.

Tête. Les sinus de la dure-mère contiennent un peu de sang liquide. L'arachnoïde est lisse, transparente ; pas d'infiltration sous-arachnoïdienne ; la pie-mère est peu injectée. La consistance de la substance cérébrale est bonne, un peu de piqueté de la substance blanche ; deux cuillerées de sérosité transparente dans les ventricules.

Cou. Le larynx est parfaitement sain, la trachée contient un peu de liquide spumeux, elle est de couleur rosée.

Poitrine. Le lobe supérieur du poumon droit est revêtu de fausses membranes molles, récentes, s'enlevant avec facilité. La plèvre sous-jacente n'offre aucune altération et se détache par lambeaux assez longs.

Le lobe supérieur droit est lourd, dur, sauf à sa partie tout-à-fait supérieure, où l'on sent les parois molles et minces d'une excavation. Sa couleur varie. Sa teinte la plus générale est blanc-grisâtre par larges plaques. Mais en d'autres points on aperçoit de petits îlots de forme irrégulière de 4 à 5 mill. de diamètre de couleur rouge vif ; puis, près de la base surtout, on voit de petites taches du volume d'une lentille, de couleur jaune paille, et nettement circonscrites. Les points rouges seuls sont déprimés, le reste du poumon est plutôt saillant. Une coupe peu profonde pratiquée au niveau des points rouges fait voir un tissu friable, rouge brun, d'un grenu fin.

En incisant le parenchyme au niveau des points jaune paille, on donne issue à deux ou trois gouttes de liquide purulent jaunâtre bien lié, et l'on détermine ainsi la formation de petites excavations capables de loger un pois. Les excavations n'ont pas de fausses membranes à leur intérieur, et sont de toutes parts entourées de tissu hépatisé. Enfin, en pratiquant des incisions au niveau des surfaces blanc-grisâtres, à l'extérieur on voit un tissu d'un grenu fin, friable, ne laissant suinter aucun liquide par la pression. Des coupes plus profondes intéressant toute l'épaisseur du lobe révèlent des altérations analogues à celles de la surface. Ainsi ces tranches sont généralement blanc-grisâtres avec des îlots de couleur rouge, irréguliers et inégalement disséminés ; d'autres petits îlots, soit allongés, soit arrondis, sont analogues aux petits abcès décrits à l'extérieur.

Seulement, au lieu de pus jaunâtre, ils contiennent un liquide d'un rouge grisâtre très-fétide. Tout-à-fait au sommet, au niveau du point où l'on sentait à l'extérieur des parois molles et fluctuantes, on pénètre par la coupe dans une excavation de forme très-irrégulière, capable de contenir une petite noix, demi-pleine de liquide rougeâtre d'une odeur fétide, gangréneuse, caractéristique ; elle est traversée par des brides de deux millim. d'épaisseur, de forme irrégulière, tomenteuses, rougeâtres. A l'intérieur la surface est tomenteuse, ce qui est parfaitement démontré par le filet d'eau. Les bronches qui pénètrent dans son intérieur sont détruites. Les parois sont formées à l'extérieur par la plèvre et une couche de tissu hépatisé; inférieurement elle a pour base le parenchyme hépatisé en gris sus-décrit.

Les bronches sont généralement d'un rouge livide, ne contiennent pas de liquide. Pas de trace de tubercules ni de granulations.

Les lobes moyen et inférieur sont souples, rosés, crépitants sans noyaux hépatisés, sans granulations, sans tubercules.

Poumon gauche. Souple, rosé, parfaitement sain, sauf quelques points de pneumonie lobulaire tout-à-fait à la base. Pas de tubercules.

La plèvre est parfaitement saine. Les bronches ne sont pas dilatées, elles ne contiennent pas de liquide.

Les ganglions bronchiques sont volumineux, quelques-uns tuberculeux et ramollis.

Le péricarde ne contient pas de sérosité, il est sain.

Cœur parfaitement sain, caillots mous, sang liquide dans les oreillettes.

L'estomac contient des matières jaunâtres bilieuses, pas de lambeaux dans le grand cul-de-sac. Ailleurs lambeaux de cinq à six mill.; muqueuse d'un blanc rosé, légèrement mamelonnée à la face antérieure.

Intestin grêle. La muqueuse est jaunâtre supérieurement, pâle inférieurement. La partie du duodénum, jusqu'à soixante-dix cent. au-dessus de la valvule, est mince, mais d'une assez bonne consistance; donne des lambeaux de quatre à cinq millimètres. Dans la dernière portion son aspect change complètement; de lisse et polie qu'elle était, elle devient inégale, comme chagrinée, présentant des mamelons confluents, du volume d'une petite tête d'épingle; elle a augmenté d'épaisseur, et s'enlève en détritus quand on promène le scalpel à sa surface. Sa couleur varie, tantôt elle est blanche, tantôt rosée, tantôt rouge, le plus ordinairement rosée. Cette altération occupe toute la surface de la muqueuse; elle existe autour des plaques aussi bien que partout ailleurs. Les plaques de Peyer visibles sont au nombre de trois seulement. La première, longue de quatre lignes, est rouge, non saillante, non ulcérée, non ramollie; une autre, longue d'un pouce, d'un blanc grisâtre, à peine saillante, aréolaire, consistante; une dernière au niveau de la valvule, de forme irrégulière, de couleur blanc rosé à fond aréolaire, non ramollie. Entre elle et le tissu sous-muqueux, qui n'offre aucune altération, la coupe ne fait apercevoir aucun dépôt de substance jaune. Les aréoles de cette plaque sont de forme irrégulière, coupées par des lignes pâles, saillantes. La muqueuse existe partout, pas d'ulcération.

Gros intestin. Dans toute son étendue, mais surtout à partir du colon transverse, la muqueuse est d'un blanc rosé avec lignes longitudinales plus rouges. A la partie inférieure, elle est épaissie, chagrinée et ramollie, comme celle de l'intestin grêle.

Les ganglions mésentériques sont généralement petits, un peu rouges; trois ou quatre ont le volume d'une amande, sont rouges, mais non ramollis.

Foie. Volume ordinaire, pâle, d'une bonne consistance, contient peu de sang. La vésicule contient une bile poisseuse, verdâtre.

La rate est petite, rouge, semée d'un grand nombre de petits tubercules crus miliaires, soit à la surface, soit à l'intérieur.

Reins. Petits, pâles, de bonne consistance.

Remarques. Ici encore nous trouvons des symptômes en assez grand nombre et assez caractérisés pour indiquer une fièvre typhoïde qui avait été effectivement diagnostiquée par toutes les personnes qui suivaient le service aussi bien que par nous-même; aspect général du malade, marche de la maladie, douleur à la fosse iliaque droite avec ballonnement; dévoiement; langue collante, rouge à la pointe; nez croûteux; lèvres sèches; fièvre vive; sudamina nombreux; une tache rosée lenticulaire. Malgré tous ces symptômes, l'autopsie ne nous montra aucune des lésions qui appartiennent à la fièvre typhoïde, mais bien celles d'une entérite aiguë. Ces lésions intestinales, qui rendent si bien compte des différents troubles des fonctions digestives, ont évidemment existé au début et constitué la maladie principale; et c'est à une époque beaucoup plus éloignée que s'est développée la pneumonie généralisée double, qui s'est terminée par abcès et par gangrène. Nous regrettons de n'avoir pu fixer cette époque par l'auscultation. La faiblesse de l'enfant, la difficulté de l'examen, ne nous ont permis de bien explorer que les régions dorsales inférieures, et la pneumonie existait surtout au sommet. Il est probable toutefois que cette complication est survenue six jours avant la mort, alors que nous avons noté une aggravation très-grande dans l'état général du jeune malade.

Dans les deux observations que nous venons de rapporter, les lésions intestinales étaient de nature évidemment inflammatoire et peuvent servir à établir cette proposition, que chez les jeunes enfants la fièvre typhoïde et l'entérite tendent à se confondre, et qu'à partir de cet âge elles s'isolent l'une de l'autre pour constituer chez l'adulte deux maladies tout-à-fait distinctes.

BATHEZ et RILLET, D. M. P.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE.

IV. Monomanie incendiaire.

Jeanne Bazin est née à Guipel; ses parents étaient cultivateurs. Dans son enfance, elle s'est montrée indocile, opiniâtre, irascible. Mariée une première fois, elle a eu trois enfants dont un est mort; elle se trouvait heureuse dans son ménage, et rien ne donne lieu de croire qu'elle ne se conduisît pas en bonne ménagère et en bonne mère de famille. Devenue veuve, ses affaires se sont un peu dérangées, un champ qui lui appartenait a été vendu, et est passé aux mains de son frère. Toutefois, aucune plainte ne s'élève sur la conduite qu'elle a tenue pendant son veuvage. Quelques années plus tard, elle a épousé en

secondes noces un vieillard infirme, d'un caractère jaloux et brutal, qui la maltraitait fréquemment pour des motifs futiles, et allait même jusqu'à la frapper à coups de bâton. Cette existence, toute différente de celle qu'elle avait menée avec son premier mari, n'a pas influé d'abord d'une manière bien sensible sur son caractère. Mais, vers la fin de l'année 1839, elle prend le travail en aversion, elle éprouve des maux de tête et des rougeurs subites de la face, elle sent naître en elle le désir de mettre le feu à la maison qu'elle habite, dans le bourg de Dingé. Elle fait connaître sa position au maire de la commune, et le prie de la faire placer à l'hospice. Mais sur l'observation que lui fait ce magistrat, qu'à l'hospice elle sera contrainte de travailler, elle n'insiste plus. Bientôt elle quitte le domicile conjugal, se livrant au vagabondage et à la mendicité, entrant de temps à autre chez quelque cultivateur pour filer ou pour garder les bestiaux, et toujours revenant à sa vie errante. Vers la fin du mois d'octobre dernier (1840), elle est recueillie par les époux Thébault, dans la commune de Guipel. Le 13 novembre, la femme Thébault lui porte à manger dans le champ où elle garde les vaches; une contestation s'élève entre elles, et après un échange d'injures et de violences, Jeanne Bazin crie à son antagoniste : « Tu t'en repentiras. » Rentrée à la ferme, elle refuse de se livrer aux soins du ménage, et va se coucher comme à l'ordinaire dans un grenier à fourrage situé au-dessus de la pièce habitée par ses hôtes. Le lendemain matin, après le départ des ouvriers pour les champs, elle demande à la femme Thébault un morceau de galette, que celle-ci lui refuse en lui enjoignant de quitter la maison. « Tu en seras marrie, » répond Jeanne Bazin qui, après s'être approchée un instant du foyer, remonte au grenier, en rapporte une coiffe et un chapelet appartenant à la femme Thébault, qu'elle lui remet, puis s'éloigne à grands pas. A peine un quart d'heure s'est-il écoulé, que le feu éclate avec violence dans le grenier qu'elle vient de quitter, et malgré les plus prompts secours, plusieurs maisons contiguës deviennent la proie des flammes. Les soupçons se portent naturellement sur Jeanne Bazin; elle est immédiatement arrêtée et conduite à la maison de force de Rennes, sous la prévention du crime d'incendie commis volontairement dans une maison habitée.

Le 10 février 1841, à la prière de Me Jouin, défenseur de la prévenue, le docteur Chambeyron, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rennes, se rend auprès d'elle dans la prison pour constater son état mental. Elle répond juste, quoique avec un peu de verbiage, aux nombreuses questions qui lui sont adressées sur sa santé, sur sa conduite avec ses deux maris, sur ses enfants, sur le genre de vie qu'elle a adopté depuis plus d'un an. Elle explique son vagabondage par la nécessité où elle était de se soustraire aux mauvais traitements de son mari, elle s'excuse d'avoir abandonné ses enfants, en disant qu'elle allait les voir le dimanche et leur porter le pain qu'elle avait recueilli. Elle ne se rappelle pas d'avoir jamais eu mal à la tête; pressée sur ce point, elle parle de furoncles au visage, puis elle avoue que dans le moment elle éprouve une céphalalgie assez violente. Si elle a demandé à M. le maire de Dingé de la faire admettre dans un hospice, c'était, dit-elle, pour y être traitée des meurtrissures que lui avait faites son mari; si elle lui a parlé de la crainte qu'elle avait de mettre le feu chez elle, c'est que la cheminée se trouvait placée entre le lit et l'endroit où l'on déposait la paille, sans aucune espèce de séparation, et qu'ainsi un malheur pouvait fort bien arriver. Du reste, l'état de la face, celui du pouls, de la peau, du canal digestif, ne présentent aucune particularité notable. La menstruation est depuis quelque temps un peu irrégulière, mais cela paraît assez naturel chez une femme de 47 ans.

Après cette entrevue, M. Chambeyron exprima ainsi son opinion : « Je ne puis pas affirmer positivement que cette femme est « aliénée; mais j'affirmerais bien moins encore qu'elle ne l'est pas. J'assisterai aux « débats; de nouvelles révélations auront « lieu, ou bien celles qui ont déjà été faites « recevront plus de développement, et acquerront une nouvelle importance; « après l'audition des témoins, M. le président pourra m'interroger, en vertu de son « pouvoir discrétionnaire. »

M. le président est convaincu que, si Jeanne Bazin a montré dans certaines circonstances que son intelligence n'était pas parfaitement saine, elle ne se trouvait pas dans un de ces moments de trouble, lorsqu'elle a commis le crime qui lui est imputé. En conséquence, il juge inutile d'appeler un médecin à l'audience.

Les débats s'ouvrent le 12 février. M. l'avocat général expose les faits que nous avons rapportés en commençant, et déclare soutenir l'accusation. Plusieurs témoins sont ensuite appelés.

La femme Thébault rend compte de la querelle qu'elle eut avec Jeanne Bazin, dans le champ où elle était allée lui porter à manger; du refus que fit celle-ci, le soir après être rentrée, de l'aider à moudre du blé noir, et du refus qu'elle-même lui fit à son tour, le lendemain matin, de lui donner de la galette; de l'ordre qu'elle lui donna ensuite de sortir immédiatement de chez elle. « J'allai ensuite dans l'étable, continue-t-elle; à mon retour je sentis une odeur de chiffons brûlés, et je vis Jeanne Bazin cacher précipitamment quelque chose sous ses jupes. Elle monta au grenier pour prendre un chapelet et une coiffe que je lui avais prêtés, et qu'elle me rendit. Puis elle me dit en secouant ses vêtements : Je pars bien honnêtement de chez toi, je n'emporte rien qui

t'appartienne. Elle partit aussitôt, et un instant après le feu parut. Mes soupçons se portèrent aussitôt sur elle, à cause des menaces qu'elle m'avait faites la veille et le matin même. J'avais d'ailleurs ouï dire qu'elle avait menacé d'incendie plusieurs personnes du village; que le maire de Dingé l'avait chassée de sa commune pour avoir fait des menaces du même genre. » Jeanne Bazin, interrogée sur les faits qui viennent d'être allégués, répond que, si elle a refusé de travailler le soir, c'est qu'elle souffrait d'une menstruation trop abondante; qu'elle n'a jamais dit à personne qu'elle eût la pensée de mettre le feu, et que les menaces adressées par elle à la femme Thiébault, signifiaient tout simplement : Dieu te punira de ta dureté envers moi.

Jeanne Leray, âgée de treize ans, pâtre chez les époux Thiébault, déclare que, le jour de l'incendie, elle était malade et couchée dans un lit, dont la tête est rapprochée de la cheminée. Elle a entendu l'altercation qui a eu lieu entre sa maîtresse et Jeanne Bazin; elle a vu celle-ci se placer devant le foyer, chauffer un chiffon, le cacher sous ses vêtements, monter au grenier, en redescendre et partir un quart d'heure environ avant que le feu éclatât.

Julien Bazin, cousin germain de l'accusée, dépose que six semaines environ avant l'incendie, elle se présenta chez lui, en son absence, et demanda du pain à sa petite fille Julienne. Sur le refus de l'enfant, elle lui dit : Je mettrai le feu dans ta maison.

Marie Gavouyère, femme Prioul, déclare que, moins d'une demi-heure avant qu'on s'aperçût que le feu était chez les époux Thiébault, l'accusée était venue lui rendre deux fuseaux qu'elle avait empruntés, et les avait déposés sur la table. Le témoin lui dit de les replacer dans l'endroit où elle les avait pris. Jeanne Bazin s'en excusa, en alléguant qu'elle était pressée et qu'elle allait marcher bien fort.

Jeanne Tillard, femme Colin, parente de l'accusée au quatrième degré, dépose qu'au mois de septembre 1839, Jeanne Bazin se présenta chez elle et lui dit : Vois donc comme je suis rouge (et elle l'était en effet); lorsque je rougis ainsi, cela me dit de mettre le feu; je le mettrai chez Pierre Bazin, mon frère, chez mon cousin Julien Bazin, l'adjoint, qui me *chante honte*, parce que j'ai quitté mon mari; chez Marguerite Pichoret et chez tous ceux qui ne me donneront pas du pain. Mais en mettant le feu chez mes voisins, répliqua le témoin, tu le mettras aussi chez moi. Non, répondit-elle, je t'aime bien, toi, tu m'as fait la charité. J'employai tous les moyens possibles, continue le témoin, pour la détourner de ses idées, et comme elle aime beaucoup le tabac, je lui donnai deux ou trois sous pour en acheter. Je prévins les voisins de se tenir sur leurs gardes. Huit jours avant l'incendie, elle me répéta : Je t'aime bien, toi ; mais je n'aime point ta sœur qui me *chante honte*; elle s'en repentira. Le jour même de l'incendie, vers sept heures et demie du matin, elle entra chez moi, au hameau de la Pelouzière, à peu de distance de celui d'Embas qu'habitent les époux Thébault, et me rappela la promesse que je lui avais faite de la prendre pour filer. Ce fut alors que je vis de loin l'incendie éclater au hameau d'Embas, et j'engageai Jeanne Bazin à y venir avec moi pour porter secours; elle se contenta de me répondre : J'en viens, j'en viens ; et elle se mit en marche du côté opposé.

Françoise Prioul, femme Dauphin, rapporte que Jeanne Bazin lui dit, il y a dix-huit mois, qu'elle mettrait le feu chez son frère et chez son cousin, s'ils ne lui donnaient pas du pain et vingt-cinq litres de blé noir, parce que l'un avait acheté son étable et l'autre son champ, et que depuis lors ils ne la regardaient plus. Pour toi, disait-elle, ne crains rien, je me rappelle les services que tu m'as rendus à Dingé. Je lui donnais, poursuit le témoin, autant par crainte que par affection. Elle m'a dit plusieurs fois : Regarde comme cela me monte à la tête ; je parierais que je rougis; cela me dit toujours de mettre le feu quelque part. Je n'ai jamais vu d'elle aucun acte de folie ; seulement, comme elle aimait beaucoup le tabac, quand elle n'en avait pas, *elle prisait de la cendre*. Elle causait presque toujours d'une manière assez raisonnable ; *quelquefois elle avait des contes de travers qui cependant n'annonçaient point de folie*.

Jean-Louis Cormier rend compte de la querelle qui eut lieu, le 13 novembre, entre la femme Thébault et Jeanne Bazin, dans le champ où celle-ci gardait les vaches; il affirme que l'accusée ne lui a pas paru folle; qu'elle travaillait bien, quand elle voulait; mais qu'elle faisait la malade, lorsque la besogne était trop pénible; qu'elle se portait bien, quand elle entendait parler d'une noce, et que la nuit ne l'empêchait pas de courir.

M. le maire de Dingé n'est pas présent à l'audience; mais il est donné lecture d'une lettre de ce magistrat à M. le procureur du roi, dont voici la teneur :

« Monsieur le procureur du roi,

« Puisque vous avez entre les mains la lettre que j'eus l'honneur d'adresser à M. le juge de paix de Hédé, touchant cette affaire (la conduite de Jeanne Bazin), vous y avez vu la déclaration que cette femme m'a faite un jour, sur la fin de 1839, en me priant de la faire admettre à l'hôpital, parce que, disait-elle, j'ai la tête tellement troublée, que je ne sais ce que je fais, et j'ai grand peur de mettre le feu, parce que j'en ai toujours une certaine inclination, et parce que j'ai la tête perdue. Je lui fis là-dessus les observations que je crus devoir lui faire, en lui faisant connaître que de grandes peines étaient appliquées à ceux qui se rendaient coupables

de ce crime ; et je lui observai qu'étant admise à l'hôpital, elle serait obligée d'y travailler. Elle me répondit qu'elle ne voulait donc pas y aller. Elle continua, comme auparavant, de mendier, de maison en maison, du pain, du tabac à priser, séjournant dans les maisons où elle espérait être bien nourrie, et où l'on pouvait l'employer à filer de la filasse, seul ouvrage qu'elle aimait à faire.

« M. le procureur du roi, j'ai cru et je crois encore que Jeanne Bazin ne jouissait pas, dans le temps cité plus haut, de la plénitude de ses facultés intellectuelles, et qu'elle a montré des traits de démence, tels qu'en prisant de la cendre en place de tabac, et en déraisonnant quelquefois dans la conversation, mais qne la paresse et la friandise, qui paraissent être ses défauts capitaux, l'ont, selon moi, portée à cette espèce de vagabondage et peut-être exercée au crime.

« Signé : LAUNAY,
Maire de Dingé. »

M. le maire de Guipel atteste les habitudes de vagabondage de Jeanne Bazin ; il ajoute qu'elle était adonnée à l'ivrognerie, circonstance déjà mentionnée par plusieurs témoins, et qu'il l'a entendue déraisonner quelquefois, sans néanmoins en conclure qu'elle fût positivement aliénée.

Pendant toutes ces dépositions, l'accusée garde une contenance calme et ferme. Deux ou trois fois seulement, elle interrompt M. le président ou les témoins qui l'accusent, mais un simple avertissement suffit pour lui faire garder le silence. Ses réponses sont nettes, précises, bien articulées. Elle nie le crime qui lui est imputé et les confidences qu'elle a faites à M. le maire de Dingé, ainsi que les menaces d'incendie rapportées par presque tous les témoins entendus.

M. l'avocat général résume les dépositions ci-dessus, et en tire la preuve que Jeanne Bazin a sciemment et volontairement, par esprit de vengeance, incendié l'habitation des époux Thébault. Il voit dans les menaces répétées de cette femme le dessein calculé d'arracher à la terreur ce qu'elle n'aurait pas obtenu, peut-être, de la pitié. Il repousse le soupçon de folie, et admet toutefois des circonstances atténuantes, parce que, le feu ayant été mis en plein jour, quand les habitants de la maison étaient pour la plupart absents, il n'y a pas eu crime contre les personnes.

Le défenseur de l'accusée, Me Jouin, s'attache à prouver que le fait matériel de l'accusation n'est pas suffisamment démontré ; que l'on n'a point constaté, au moment de l'incendie, qu'il n'était point le résultat d'un accident, qu'il n'existe, dès lors, contre l'accusée qu'une simple présomption, laquelle s'efface nécessairement devant une présomption contraire. Or, dit-il, un malfaiteur se cache dans l'ombre, et ne va pas en plein jour incendier une grange, en présence de deux personnes dont il est parfaitement connu et dont les soupçons l'atteindront d'autant plus facilement, que de nombreuses menaces d'incendie l'ont déjà rendu redoutable.

Passant ensuite à la question de folie, il la traite de manière à nous ôter tout regret de n'avoir pas été appelé ; il se livre même, sur ce sujet, à des développements que, dans notre position, nous n'aurions peut-être pas osé nous permettre, mais que le jury écoute avec une religieuse attention et toutes les marques du plus vif intérêt. Il s'étonne, avec raison, que le ministère public attache tant d'importance à l'opinion, émise par quelques témoins, que Jeanne Bazin n'est pas folle, tandis qu'il n'accorde pas même la plus légère attention aux faits si graves rapportés par ces mêmes témoins, et dont ils n'ont pas su trouver la véritable explication. Il convient que l'ancienne législation ne reconnaissait comme folie que le délire général et continu ; mais aujourd'hui, ajoute-t-il, on rougirait d'ignorer que, dans plus de la moitié des cas d'aliénation mentale, ces deux caractères ne se rencontrent pas. Les intervalles lucides plus ou moins complets, les délires partiels, les monomanies, la monomanie homicide, la monomanie incendiaire, ont été mises hors de doute par la science ; la jurisprudence elle-même les a reconnues, et de nombreux arrêts d'acquittement leur ont presque donné la consécration de la loi. Après en avoir cité quelques exemples, Me Jouin énumère, d'après Esquirol, Marc et Georget, les causes et les signes de la folie. Parmi les premières, les revers de fortune, la misère, les chagrins domestiques produisent près des deux tiers des vésanies ; ces trois genres de causes se sont réunis contre Jeanne Bazin, et leur action a acquis son summum d'intensité vers l'âge critique, époque où la constitution physique et morale des femmes subit de si profondes modifications. Les symptômes n'ont pas plus manqué que les causes ; le dégoût du travail, l'instabilité, le penchant à l'ivrognerie, l'appétence des excitants, la dépravation des goûts, l'oubli des sentiments de famille, etc., ont été remarqués chez Jeanne Bazin par les personnes au milieu desquelles elle vivait. Cette rougeur de la face qui coïncidait chez elle avec l'impulsion à l'incendie, tous les psychiâtres l'ont observée dans la monomanie incendiaire et dans la monomanie homicide, bien qu'elle ne les accompagne pas toujours. Si l'accusée a nié tous ces faits, c'est qu'elle avait arrangé son plan de défense, et il ne faut conclure ni de ce calcul ni de la lucidité de ses réponses qu'elle jouit de toute sa raison. Ici le défenseur cite plusieurs exemples bien connus de la sagacité, de l'astuce des monomaniaques, et de leur habileté à cacher leur côté vulnérable, quand ils voient leur intérêt, bien ou mal entendu, dans cette dissimulation. Parmi ces exemples, il

en est un que nous rapporterons, parce qu'il n'a pas été publié, et qu'il est bon de multiplier les preuves pour les esprits qui comptent plus volontiers qu'ils ne pèsent. Un homme de trente et quelques années, ancien professeur, séquestré dans l'asile d'aliénés de Rennes, est intimement convaincu qu'un homme, caché dans un grenier au dessus de sa chambre, lui instille, à travers le plafond et les murailles, un poison subtil dont il essaie, dit-il, de se débarrasser en crachant continuellement. De plus, il se croit victime de la perfidie d'une femme à qui il n'a jamais parlé, et qui habite à plusieurs lieues de Rennes. Il entretient une correspondance imaginaire avec cette dame, au moyen de coups frappés contre le mur ou sur les meubles, dans des rhythmes et des mesures variés. Il demande souvent à être conduit devant un tribunal pour faire lever le jugement d'interdiction porté contre lui, et comme on ne manque pas de lui faire observer que s'il va parler devant les juges de son empoisonnement et de sa correspondance, ils se hâteront de le renvoyer dans l'asile : Ne craignez rien, répond-il; vous savez aussi bien que moi que ce que je dis est l'exacte vérité; mais puisqu'on veut que ce soit de la folie, je n'en sonnerai mot. En 1836, un magistrat de l'ordre judiciaire, quoique prévenu, fut dupe de son adresse, et exigea sa mise en liberté. Quelques semaines après, sa réintégration était devenue indispensable.

Après le plaidoyer remarquable de Me Jouin et le résumé de M. le président, le jury passe dans la chambre de ses délibérations, et rentre au bout de quelques minutes. Sur la première question : Jeanne Bazin est-elle coupable d'avoir volontairement mis le feu à une maison habitée? la réponse du jury est affirmative; elle l'est également sur la question des circonstances atténuantes.

En conséquence, la cour condamne Jeanne Bazin à douze années de travaux forcés et à l'exposition.

Après l'audience, MM. les jurés se réunissent par groupes dans la salle des pas perdus. Plusieurs d'entre eux regrettent que la question de démence n'ait pas été posée, et leur étonnement est extrême, quand on leur dit qu'elle se trouvait renfermée dans la question : l'accusée est-elle coupable? Quelques-uns se plaignent de n'avoir pas été éclairés sur le droit qu'a l'autorité judiciaire, et même l'autorité administrative, de faire renfermer les aliénés, par mesure de sûreté publique, dans les asiles qui leur sont spécialement consacrés. Tous reconnaissent que Jeanne Bazin est réellement aliénée, exposent, dans une lettre adressée à M. le président, les motifs qui les ont induits en erreur; et ceux mêmes d'entre eux qui, plus familiers avec les formes juridiques, ont résolu négativement la question de culpabilité, s'empressent de signer cette lettre, avec une abnégation dont on ne saurait trop faire l'éloge.

Ce procès fait naître de tristes réflexions, et l'on frémit en voyant à quelle impuissance un concours fâcheux de circonstances peut réduire les garanties que la loi donne aux accusés. Un sujet si grave mérite une discussion approfondie; mais, pour ne point abuser aujourd'hui de la patience de nos lecteurs, nous renverrons cette discussion à un prochain numéro.

CHAMBEYRON, D. M. P.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Traité complet, théorique et pratique des maladies du foie, par Auguste Bonnet (1).

Cette monographie est une refonte complète d'un mémoire publié en 1828, sur l'*irritation hépatique*, pour lequel la Société médicale d'émulation de Paris décerna à M. Bonnet une médaille d'or et le titre de correspondant. Indépendamment des qualités du livre, son titre était une condition *sine quâ non* de l'approbation du grand dispensateur des renommées d'alors. Aussi trouva-t-il grâce aux yeux de Broussais, au point même que celui-ci en revendiqua quelques idées neuves. La presse l'accueillit aussi favorablement, et, depuis, il a eu l'honneur d'être mentionné, compilé, copié dans la plupart des articles de dictionnaires et des thèses consacrées aux affections du foie. On lui fit cependant quelques reproches mérités. L'auteur se distinguait plutôt par la nouveauté des aperçus que par la solidité des raisonnements, et puis la majorité ne faisait qu'entrer bien à peine dans la carrière des déceptions, du dogmatisme physiologique plus criard et plus irritable que jamais.

Pourquoi l'auteur n'a-t-il pas mieux mis à profit les douze années qui se sont écoulées depuis cette époque? Il annonce qu'il a repris en sous-œuvre son premier travail sur les maladies du foie, et en a fait une seconde édition plus complète. Toutefois, il part encore des mêmes principes exagérés de la majorité de 1828, et nous doutons que celle de 1840 leur fasse un accueil aussi favorable que le premier. Les numéristes y sont, d'ailleurs, stigmatisés avec une sévérité très juste, mais qui sera loin d'être de leur goût.

Qu'ont produit, dit-il, ces volumineuses élucubrations où les auteurs, cumulant observations sur observations, se procurent à peu de frais les avantages de la célébrité? M. Bonnet a senti, comme bien d'autres, que le règne des faits a aussi fait son temps, et que le moment est enfin venu de tirer parti de ceux que nous avons et d'arriver à des inductions, de continuer la science telle que les siècles passés l'ont commencée.

Nous ne pouvons cependant adhérer tout-

(1) Chez J.-Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine.

à-fait aux opinions exagérées que se fait l'auteur sur les monographies. Sans doute, elles permettent d'étudier à fond une question; mais il n'est point vrai que les traités généraux ne contiennent, comme il le dit, que des aperçus, des esquisses rapides. Jamais une réunion de monographies, aussi complètes qu'on puisse les faire, ne constitueront la science. Qu'on le demande plutôt aux dictionnaires qui sont quelque chose d'un peu analogue. L'une des causes qui, selon lui, ont le plus nui à l'avancement de la science, c'est qu'on a cherché à lui élever un monument durable, avant d'en avoir réuni les matériaux. Mais, en émettant cette proposition, M. Bonnet tombe dans le défaut qu'il reproche ailleurs aux cumulateurs de faits. Ceux-ci demandent des observations pendant deux cents ans : lui faudra-t-il des monographies pendant le même espace de temps, pour oser faire un traité général? Les Borsieri, les Stahl, les Boërhaave, les Frank, les Boyer, n'ont pas attendu, pour publier leurs immortels résumés, les monographies quelquefois excellentes du dix-neuvième siècle, non plus que les traités des maladies du foie de M. Bonnet, et cependant on retourne à ces monuments immortels d'une science qui veut bien qu'on la continue, mais non pas que chaque homme, fût-ce un Broussais, dise d'elle : *restauranda ab imis.*

L'ouvrage débute par quelques considérations préliminaires sur l'anatomie et la physiologie du foie, et y cite les quelques progrès récents que cette dernière prétend avoir faits.

Le principal article de l'ouvrage de M. Bonnet porte le titre d'*Irritation hépatique.* Il occupe à lui seul les trois quarts du volume. L'auteur sent le besoin de s'excuser d'employer une expression un peu moins en honneur aujourd'hui qu'il y a quinze ans.

Nous dirions presque qu'il en veut faire un terme de transaction. Il reproche, en effet, à l'hépatite des auteurs d'être une affection complexe consistant dans l'inflammation simultanée du foie, du péritoine sus-hépatique, et de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Mais si M. Bonnet met hors de cause les organes voisins, il a peut-être le tort de ne voir qu'un désordre, l'irritation, dans un ensemble de désordres très complexes, les obstructions, par exemple.

Qu'est-ce que son irritation hépatique? Il est des cas, dit-il à l'article premier, où l'irritation du foie est si légère, qu'elle ne constitue pas une phlegmasie. Il en est d'autres où, bien que ce dernier fait ait lieu, elle est encore si peu prononcée qu'elle ne présente aucun des traits caractéristiques de l'hépatite. Voilà pour M. Bonnet deux nuances du premier degré de l'irritation hépatique. C'est l'état bilieux, l'embarras gastrique bilieux récent des auteurs anciens, une exaltation légère de la vitalité de ce viscère. Mieux peut-être valait conserver les noms plus précis et plus significatifs des auteurs.

L'article second est consacré à l'hépatite aiguë; le troisième à l'hépatite chronique. Les symptômes en sont quelquefois si peu apparents, qu'on n'en reconnaît l'existence qu'après la mort, surtout à l'Ile-de-France, à Madagascar et au Bengale. Dans ces climats encore, elle s'accompagne souvent de diverses affections cutanées qui mettent sur la voie. Pour apprécier les changements qui se sont opérés dans la forme et le volume du foie, M. Bonnet s'en rapporte à peu près complètement aux préceptes de M. Piorry, touchant la plessimétrie de cet organe.

L'article quatrième aborde les symptômes, la marche, etc. Le côté faible dominant de ce paragraphe et de tout l'ouvrage, c'est l'idée fixe de la gastro-entérite, précédant, accompagnant ou suivant presque toujours l'irritation hépatique dans l'esprit de l'auteur.

Dans le chapitre deux, où il est question des caractères anatomiques, il cherche d'abord à établir que l'irritation hépatique, à son premier degré, occasionne souvent l'hypertrophie ou l'obstruction du foie, ce qui revient à dire qu'elle est la mère des tubercules, cyrrhoses, squirres, etc. La raison qu'il en donne, c'est que les médecins de nos jours sont, dit-il, à peu près d'accord sur ce point. Que dirait M. Bonnet, s'il voyait imprimé partout que la plupart des praticiens sont, au contraire, d'accord pour la négative? Les causes irritatives, les natnres sthéniques et les sécrétions morbides ne sont plus choses aussi souvent identiques aujourd'hui que l'assure l'auteur.

Parmi les causes directes de l'irritation hépatique, M. Bonnet range les marches forcées sur un sol inégal. Il est des gens, dans l'Inde, dont le métier est d'aller en avant des voitures : ils sont fort sujets aux altérations du foie. Aussi la fréquence très-grande de ces affections, en Égypte et aux Indes, est-elle un fait très-connu. Mais pourquoi s'en prendre encore au tube intestinal, à ses irritations ? c'est toujours l'*unius ob noxam* de Broussais.

Il va sans dire aussi que, dans le cas de répercussion de la peau, d'une plaie de tête, d'une affection cérébrale, etc., c'est toujours l'estomac qui fait les honneurs de l'introduction.

D'après de telles bases, on serait porté à condamner d'avance le traitement. Nous devons dire cependant, à l'avantage de M. Bonnet, que sa pratique vaut mieux que sa théorie. Il ne balance pas à recommander les purgatifs doux dans l'hépatite chronique, tout en faisant des excuses à la gastro-entérite à laquelle il suppose le bon esprit de s'être prudemment retirée à l'avance.

La seconde partie de l'ouvrage traite des maladies autres que l'irritation. A leur tête, il place l'asthénie hépatique. Il la reconnaît, avec les chirurgiens anglais, à la décolora-

tion des selles, et conseille les purgatifs, le mercure doux, surtout les toniques.

La phthisie hépatique n'est pas autre chose pour lui qu'une hépatite chronique. Il croit pour le moins inutile de traiter les calculs biliaires pour eux-mêmes, et veut qu'on s'adresse plutôt à l'irritation qu'ils déterminent. Selon lui encore, la plupart des cas cités comme des exemples de colique hépatique doivent être rapportés à des maladies différentes, mais le plus souvent au passage de calculs biliaires. M. Andral les regarde, non sans raison peut-être, comme des névralgies du plexus hépatique. Quant aux hydatides, quoique M. Récamier donne hardiment pour signe de cette affection le frémissement hydatique et la fluctuation, M. Bonnet croit qu'il est impossible d'en reconnaître l'existence pendant la vie, et il attribue le succès diagnostique de M. Récamier à l'intuition, au hasard, comme l'on voudra. Il va sans dire que l'irritation est le père et la mère des hydatides du foie. Il n'approuve pas non plus l'ouverture de ces tumeurs, bien qu'elle ait réussi cinq fois au célèbre praticien que nous venons de citer. L'ictère ferme le cadre nosologique des maladies du foie. M. Bonnet s'en remet, pour la théorie de sa formation, aux explications données par les anciens.

Notre opinion sur l'ensemble de l'ouvrage de M. Bonnet est complexe. Nous ne pouvons partager la théorie qui y domine d'un bout à l'autre, bien que l'auteur la revendique comme celle de la majorité. Il faut bien s'entendre sur ce mot de majorité. La majorité, en fait de *doctrines*, reste en grande partie telle que l'a faite l'enseignement médical de son époque. Broussais en a créé une, comme aujourd'hui les numéristes de l'école de médecine en font une autre. Mais, en *pratique*, reste-t-elle la même? non ; car l'application est le froid criterium de ces pompeuses explications. Nous en appelons à tous ceux que fascinait la parole si puissante du maître : combien n'ont-ils pas depuis modifié ses conclusions? Et M. Bonnet lui-même ne donna-t-il pas des purgatifs, des toniques dans les phlegmasies du foie, dans les obstructions? L'école actuelle fait des numéristes et des empiristes; mais croit-elle de bonne foi qu'ils emporteront avec leur diplôme la loupe de M. Louis, le microscope de M. Donné, voire même la nomenclature de M. Piorry?

Mais il faut rendre justice à tous les travaux, quel que soit l'esprit qui y préside. Le point de vue pratique y est largement traité et d'une manière plus indépendante de tout système qu'on ne le supposerait d'abord : il nous ramène souvent aux idées de Portal, de Bouvard. C'est faire l'éloge de l'impartialité scientifique de M. Bonnet. Qu'on dépouille la partie thérapeutique de son livre, on se croira rentré dans la grande tradition médicale de vingt siècles.

Mémoires et observations d'anatomie de physiologie, de pathologie et de chirurgie, par le D. F. Ribes, médecin en chef de l'hôpital des Invalides.

Ce n'est point un livre nouveau que le docteur F. Ribes a voulu offrir au monde médical, mais bien la réunion des intéressants mémoires qu'il a publiés dans le cours de sa carrière médicale. Parmi les quarante-six mémoires qui forment l'ensemble des deux volumes que ce modeste et consciencieux médecin vient de livrer à l'impression, aucun n'est exempt de considérations justes et élevées; mais quelques uns se remarquent entre tous les autres; nous voulons parler :

1° *De l'action du baume de copahu sur la gonorrhée et sur les accidents produits par la suppression spontanée de cet écoulement;*

2° *Des considérations sur l'excision et la cautérisation des chancres vénériens;*

3° *Des moyens de réduire les hernies compliquées d'étranglement.*

C'est principalement sur chacun de ces travaux que portera notre analyse.

I. *De l'action du baume de copahu sur la gonorrhée et sur les accidents produits par la suppression spontanée de cet écoulement.* M. Ribes, en 1814, mit le baume de copahu en usage à une plus forte dose qu'on ne l'avait employé jusqu'alors; du moins il ne connaissait personne qui l'eût donné au delà de vingt gouttes, et lui commença à l'administrer à un gros par jour, ensuite à deux, puis à trois gros; bientôt il le porta à demi-once, puis à six gros, et il est souvent allé jusqu'à une once dans la journée, et même à deux onces dans les vingt-quatre heures, lorsqu'il a trouvé des malades assez bien disposés pour surmonter le dégoût qu'excite ce médicament.

Depuis cette époque, M. Ribes fait prendre le baume de copahu dans tous les temps de la gonorrhée, et il l'a administré, quelle qu'ait été l'intensité du mal; et lorsque celui-ci n'a pas été totalement enlevé, les accidents, loin de s'exaspérer, ont toujours diminué.

Il détruit la gonorrhée le plus promptement possible, parce qu'il l'a regarde, ainsi que les chancres et les bubons, comme un foyer d'infection toujours renaissant. Il fait continuer l'usage du baume de copahu pendant dix à douze jours après que l'écoulement est arrêté, sans quoi la gonorrhée reparaît quelquefois.

Le baume de copahu fait cesser les érections nocturnes, la douleur et l'inflammation gonorrhoïques, aussi bien et souvent mieux que les saignées et les anti-phlogistiques ordinaires.

Il a observé que, dans presque tous les cas de suppression spontanée de la gonorrhée, il reste un très-léger suintement qui se fait remarquer surtout le matin. Le sommet du gland et l'orifice de l'urètre offrent une

sorte d'aréole d'un rouge plus ou moins vif, ce qui annonce encore l'existence du mode d'action gonorrhoïque, que le baume de copahu fait ordinairement disparaître ; cependant M. Ribes ne regarde pas ce remède comme infaillible, et s'il ne réussit pas toujours à détruire complètement l'écoulement, il assure que lorsqu'il l'a donné à forte dose, il n'a jamais échoué contre les accidents déterminés par la suppression spontanée de la gonorrhée, particulièrement lorsque les accidents s'étaient développés peu de temps après la suppression de l'écoulement, et que le remède a été immédiatement employé : alors la gonorrhée et les accidents se sont constamment trouvés détruits sans retour.

Il s'agirait, dit M. Ribes, de trouver un moyen qui rendrait ce médicament moins désagréable. Si l'on pouvait y parvenir, on rendrait un service inappréciable ; ses succès sont constants et incontestables ; mais beaucoup de malades sont obligés de renoncer à son usage par la répugnance qu'ils éprouvent à le prendre.

Le baume de copahu a encore d'autres propriétés médicinales : c'est un purgatif qui ne manque jamais son effet ; il est aussi un excellent anti-vermineux.

Une plaie simple guérit ordinairement assez vite, mais si on a le soin de la panser avec le baume de copahu, la guérison en est beaucoup plus prompte, la cicatrice moins difforme, et elle est quelquefois presque imperceptible.

Il n'y a pas de meilleur détersif des ulcères, et même quelquefois la pourriture d'hôpital ne résiste pas à l'emploi de ce moyen.

II. *Considérations sur l'excision et la cautérisation des chancres vénériens.* Voici quelles sont les conclusions auxquelles M. Ribes s'est arrêté dans ce mémoire ;

1° Les abondantes suppurations auxquelles les chancres donnent lieu, rendent ce mal dégoûtant ; elles exigent le plus grand soin, et la plus grande propreté de la part du malade. La cautérisation met, sans inconvénient, fin à l'ulcère et à cette désagréable incommodité.

2° La douleur qui accompagne le chancre peut être légère et n'incommoder qu'un peu le malade ; mais quelquefois elle est insupportable, et le met dans la presque impossibilité d'exécuter le moindre mouvement. La cautérisation, en guérissant le chancre, fait cesser la douleur presque par enchantement ;

3° L'homme communique rarement les chancres, parce que la crainte de la douleur l'empêche d'avoir commerce avec les femmes ; mais il n'en est pas de même lorsque ces ulcères sont petits, peu sensibles. En les cautérisant, on empêche l'individu de propager la vérole ;

4° Le chancre est un foyer d'infection vénérienne ; sa cautérisation est le meilleur et le plus prompt moyen pour détruire le foyer ;

5° Les chancres que l'on n'a pas le soin de brûler promptement peuvent donner lieu à de nouvelles maladies, qui sont toujours douloureuses, désagréables, et qui peuvent devenir dangereuses : tels sont le phymosis et le paraphymosis, que l'on préviendra toujours, si on a soin de détruire de bonne heure l'ulcère chancreux par la cautérisation ;

6° En brûlant les chancres on prévient le cancer et la perte d'une étendue plus ou moins considérable de la partie sur laquelle il siége : les exemples de la destruction d'une portion du gland ou de la verge sont trop communs pour que je croie devoir insister davantage sur ce sujet ;

7° Par la cautérisation des ulcères, on court les chances de guérir sans être forcé de subir le traitement mercuriel.

Après avoir cautérisé des chancres déjà anciens, dont les bords sont un peu élevés, on voit souvent s'y former promptement une cicatrice mince ; mais la partie reste dure et se présente sous la forme d'une petite tumeur plus ou moins arrondie ou ovalaire : elle se résout, et rarement on la voit persister. Cependant cela a lieu quelquefois ; le malade s'en inquiète, et le médecin ne doit pas regarder cet état avec indifférence. Il faut saisir cette tumeur avec une pince à disséquer, et l'exciser avec des ciseaux convexes sur leur plat ; on passe légèrement la pierre infernale sur la petite plaie qui en résulte, et la cicatrisation s'y opère en peu de temps.

III. *Sur les moyens de réduire les hernies compliquées d'étranglement.* M. Ribes nous apprend dans cet intéressant mémoire que, pendant une période de vingt-cinq ans, il a eu aux Invalides un grand nombre de cas de hernies inguinales compliquées d'étranglement, soit avec inflammation, soit avec engouement, et toujours il est parvenu à faire rentrer les parties dans l'abdomen, par un procédé peu usité.

Aussitôt que le malade arrivait, on commençait à faire avec ménagement quelques tentatives de réduction. Si elles étaient infructueuses et que les accidents fussent assez intenses, on lui faisait prendre un bain ; on le saignait et on laissait couler le sang plus ou moins, selon que l'étranglement était avec engouement ou avec inflammation. On renouvelait la saignée, s'il en était besoin ; on ne manquait jamais d'administrer des lavements purgatifs ou émollients, suivant les cas. Si, après l'emploi de ces moyens, les parties ne rentraient pas, le traitement de la maladie était continué de la manière suivante :

On prend un matelas que l'on plie en double, de manière que le bord du pli supérieur dépasse un peu le bord du pli inférieur, et que la surface du matelas décrive bien un plan très-oblique. On met, selon le besoin,

un ou deux traversins sous le talon du matelas, pour augmenter l'obliquité ; on recouvre le tout avec un drap.

Les choses ainsi disposées, on place le malade sur le lit, de manière que les fesses soient posées sur le milieu du matelas, que les cuisses soient allongées et sur la même ligne que le ventre; enfin que le bassin soit en haut et très-élevé, et que la région diaphragmatique de l'abdomen soit située le plus bas possible. On met un petit traversin sous la tête du malade, pour la relever un peu, afin qu'il puisse garder cette position inclinée tout le temps nécessaire pour la réduction des parties.

Après cela on fait des applications froides sur la tumeur ; on emploie de préférence de la glace pilée, qu'on introduit dans une vessie, en remplissant celle-ci au tiers seulement, afin que posée sur la hernie elle puisse bien entourer la tumeur dans la plus grande étendue possible. On a soin de remettre de la glace dans la vessie, aussitôt que la première est fondue, et chaque fois on fait quelque tentative de réduction. Presque toujours les parties rentrent dans les dix ou quinze premières heures, et il est rare de les voir dépasser la trentième heure de traitement.

Jamais M. Ribes n'a vu arriver d'accident par suite de l'application de la glace sur la tumeur, quel qu'ait été l'état de la hernie, et la maladie a *toujours* cédé à l'emploi de cette métohde.

Ce praticien croit qu'on pourra espérer le même succès toutes les fois que l'on sera appelé à temps, lorsque l'étranglement aura lieu à une hernie récente, et même sur une hernie ancienne, si avant l'étranglement on pouvait facilement la faire rentrer dans l'abdomen.

Mais si l'étranglement est arrivé à une hernie volumineuse, ancienne, qui depuis long-temps ne rentre pas, et que l'on soit obligé de soutenir les parties au dehors avec un suspensoir; dans ce cas ce n'est que par l'opération qu'on peut espérer de faire cesser les accidents et de sauver le malade.

Nous pourrions encore avant de terminer cette analyse, nous appesantir sur plusieurs mémoires importants, mais l'espace nous manquerait ; contentons-nous seulement de mentionner les travaux de M. Ribes, sur quelques parties de l'œil, sur les anévrysmes, la carie, la nécrose, les fractures, luxations, etc.

Nouveau formulaire pratique des hôpitaux ou choix de formules des hôpitaux civils et militaires de France, d'Angleterre et d'Italie, par Milne, Edwards et Vavasseur.

Le *Formulaire pratique des hôpitaux* est arrivé à sa quatrième édition. On s'aperçoit qu'un des fondateurs de ce petit livre, illustre académicien, maintenant ne sera plus que le parrain et le protecteur de son *Formulaire*. Il nous annonce lui-même, en effet, que des occupations d'un autre genre le mettant dans l'impossibilité de se livrer lui-même au travail long et minutieux de la révision complète des formules, il en a chargé M. le docteur Mialhe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine.

Cependant le public médical n'aura point à se plaindre de la décision ni du choix de M. Milne Edwards : son livre rivalise toujours heureusement avec les autres ouvrages de ce genre. Chacun de ces livres, disons-nous, en les comparant ensemble, tout en n'omettant rien de nécessaire, se distingue néanmoins des autres sous certains rapports. Le *Formulaire pratique des hôpitaux* a aussi sa physionomie à part. C'est particulièrement sa notice sur le matériel et le personnel des hôpitaux de Paris. Chaque nouvelle édition nous tient au courant des changements survenus dans ces établissements, et elle en a passablement à noter chaque année ; car MM. du conseil général des hospices aiment singulièrement à débâtir et à construire, et ne haïssent pas non plus les petites révolutions d'intérieur ni les élections sans concours, si cuisantes pour la plupart de ceux qui comptaient sur elles.

Les renseignements que cet ouvrage donne sur l'hospice des enfants trouvés continuent d'être effrayants, malgré les efforts du service de santé pour en diminuer la mortalité. Les maladies qui y font le plus de ravages sont toujours l'endurcissement du tissu cellulaire et le muguet.

Après cette notice, viennent des considérations générales sur l'art de formuler, et ensuite le *Formulaire* proprement dit. Ce manuel est probablement celui qui abonde le plus en formules. Aucune de celles qui sont en honneur dans les hôpitaux de France, d'Angleterre, d'Allemagne, des Etats-Unis, d'Italie, d'Espagne et de Portugal n'a été omise. Ces formules sont données à propos de la substance qui en fait la base principale. Quant aux substances simples, elles sont rangées par mode d'action, sans égard pour l'ordre alphabétique. Les substances incompatibles sont indiquées avec soin et après chaque substance ; précaution sage qui peut sauver la réputation pharmaceutique de plus d'un jeune débutant.

Quelques médicaments nouveaux ont trouvé place dans les formulaires. L'anthrakokali y a décidément acquis droit de domicile. Il n'a peut-être pas répondu à toutes les espérances que MM. Polya et Jacobovics essayaient de nous en faire concevoir ; mais il a rendu des services évidents dans quelques affections chroniques de la peau entre les mains de M. Gibert.

Les tables alphabétiques jouent, en général, un rôle assez important dans les formulaires. Celui des hôpitaux contient une liste

fort longue de tous les auteurs qui sont cités et de tous les médicaments qu'ils ont donnés à la pratique médicale. Elle est suivie de la table obligée des matières.

Considérations hygiéniques et pratiques sur les maladies de la peau, précédées d'une introduction des sels cuivriques, par Ph. Künckel D. M. (1).

Partout où l'on exploite les sels de cuivre, soit comme minerais, soit à l'état de sels commerciaux, dit l'auteur, les maladies de la peau sont presque absolument inconnues. Mais, en revanche, les hommes qui vivent au milieu de ces grandes exploitations sont sujets à des coliques et autres accidents qui ne cèdent qu'à l'emploi des purgatifs et à l'usage des matières sucrées. Partant de cette observation, le père de l'auteur, quoique n'étant pas médecin titré, fit sur les animaux d'abord, puis sur des personnes qui se confièrent à ses soins, des essais assez heureux pour attirer l'attention de quelques médecins très-haut placés alors, entre autres Portal. Ceux-ci l'encouragèrent, en l'employant dans leur clientèle. M. Künckel fils rapporte, à cette occasion, les noms et les observations de certains malades remarquables que son père guérit.

Dans cette introduction qui est une sorte de mémoire, de pièce justificative, et une prise de date dans les intentions de l'auteur, on voit émises plusieurs propositions qu'il nous est impossible d'aborder sur les relations étroites qui lieraient les névralgies et les névroses avec les affections cutanées. M. Künckel a cru remarquer que dans les dérivatifs, tels que cautères ou vésicatoires que l'on applique sur la peau, le bon effet dérivatif qu'on en retire est bien moins dû à la suppuration qu'au prurigo eczémateux dont l'exutoire s'environne. Il en conclut qu'il faut préférer à tout autre le vésicatoire volant largement appliqué sur les lieux d'élection du prurigo.

Le but de l'auteur, dans son mémoire, est de faire adopter les sels de cuivre comme spécifiques des affections cutanées. Aussi repousse-t-il vivement l'objection que lui font les dermatologues, savoir que les sels de cuivre agissent à la manière des vésicatoires.

Trois questions, dit M. Künckel, se présentent en pratique :

1° Une maladie de la peau donne lieu naturellement à une sécrétion anormale séreuse. L'application des sels de cuivre augmente encore cette sécrétion dans les premiers temps, étend la superficie du mal et donne lieu à une espèce d'érysipèle. Cependant, les démangeaisons sont calmées, le malade est exempt de fièvre, et jamais il ne se manifeste de réaction fébrile vers les centres.

2° Une maladie du derme donne lieu naturellement à une sécrétion anormale concrète. Les sels de cuivre causent bien encore une augmentation momentanée et apparente du mal; mais, à la place de l'érysipèle œdémateux artificiel, il ne se présente qu'une légère rubéfaction sur les points malades. La résolution est plus lente ; car ces dermatoses concrètes sont les plus opiniâtres. Aussi faut-il un traitement plus énergique : ce qui n'aurait, selon l'auteur, aucun inconvénient, les dermatoses sèches se portant de préférence sur les sujets sanguins et pléthoriques, tandis que les affections séreuses se porteraient plutôt sur les individus lymphatiques et nerveux. Les hypertrophies cutanées sèches sont moins sujettes à récidive que les autres, après avoir demandé plus de soins minutieux et plus de persévérance pour le traitement.

Il fait aussi remarquer que, dans les différentes variétés de psoriasis, mais surtout dans les lèpres orientales, il se manifeste, en même temps que la maladie principale, une altération prononcée des extrémités et surtout des ongles des doigts et des orteils. Tant que ces extrémités ne sont pas revenues à leur état normal, on peut être convaincu que la maladie récidivera.

La troisième classe des dermatoses de l'auteur est celle qui, produisant une sécrétion concrète apparente, peut être convertie en maladie de la peau par excès de sécrétion séreuse. Plusieurs de ces maladies ont une forme unique : telles sont les éruptions squammeuses et furfuracées; mais les autres, en plus grand nombre, doivent être ramenées à la question de deux ou plusieurs maladies cutanées existant simultanément. Quand l'une est guérie, l'autre apparaît. Ces dermatoses consistent généralement en une affection par excès de sécrétion séreuse entée sur une maladie par excès de sécrétion concrète, et *vice versâ*. L'altération constante des extrémités fait encore reconnaître, selon l'auteur, la double lésion. Souvent aussi les malades sont sujets à des irritations nocturnes qui en ont imposé pour des affections vénériennes. Ces pseudo-syphilides, sur lesquelles les dermatologues ne se sont jamais bien entendus, avaient été désignées sous le nom vague d'*épinictis* qu'Alibert a classées dans son grand ouvrage.

Les affections scrofuleuses cancéreuses et syphilitiques forment des classes à part, sous la dénomination de *dermatoses diathétiques*. A propos des dernières, M. Künckel fait observer que les sels de mercure n'attaquent jamais qu'une partie du mal, l'élément syphilitique, et qu'il faut d'autres moyens pour achever la guérison. Ces moyens sont encore l'emploi des sels de cuivre.

Dans cette introduction, l'auteur n'a voulu qu'attirer l'attention sur l'emploi thérapeu-

(1) Paris, chez Germer-Baillière, libraire éditeur, 17, r. de l'Ecole-de-Médecine.

thique des sels de cuivre. Les développements de ses propositions seront donnés lors de la publication de la seconde partie de son travail. Là, il se propose de traiter à fond les questions des serofules, des cancers et des syphilides.

Les sels de cuivre sont pour M. Künckel ce que l'anthrakokali est pour M. Polya, un spécifique, rien de moins, pour les maladies de la peau. Depuis la découverte du mercure et du quinquina, chaque spécialité médicale est à la recherche de son spécifique. Ceux qui ont découvert un nouveau moyen sont naturellement disposés à le voir réussir partout, et leurs confrères à ne le voir réussir nulle part, particulièrement les confrères des spécialités, les plus irritables de tous. Les querelles suscitées par les premières tentatives faites pour introduire le bioxide de cuivre dans le cadre thérapeutique sont déjà anciennes. A la dose habituelle d'âcreté qui se mêle toujours aux discussions entre MM. les spécialistes inventeurs, se joignit aussi une dose de mépris d'autant plus grande, que M. Künekel père n'avait point de diplôme. M. Künckel fils essaie de ramener la question, et certes il en a le droit. Mais qu'il ne s'attende pas à trouver des juges très-désintéressés à l'hôpital Saint-Louis. Qu'il s'adresse au corps médical entier, à ceux que l'on nomme presque ironiquement les *encyclopédistes*. Qu'il se rappelle surtout que les spécifiques sont encore moins nombreux que les poèmes épiques, bien qu'il en éclose des uns et des autres au moins tous les dix ans.

Ses promesses, l'auteur s'engage à les remplir dans la seconde partie de son ouvrage, dont l'introduction n'est qu'un extrait. La question n'est pas abordée dans le premier volume. Il n'y parle que des rapports physiologiques de la peau avec les modificateurs externes, genre de considérations qu'il ne croit qu'effleuré dans les livres d'hygiène. Cette partie n'est pas dénuée d'intérêt, quoiqu'elle eût pu être traitée plus succinctement.

Revue des journaux français.

REVUE MÉDICALE.

De l'hydrochlorate de Baryte contre les affections scrofuleuses, par le docteur Payen, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

L'hydrochlorate de baryte, que tant de praticien sont préconisé comme un anti-scrofuleux puissant, et que tant de médecins non moins célèbres ont regardé comme un médicament inerte, vient d'être expérimenté d'une manière consciencieuse par le docteur Payen, qui, s'étant posé cette question : L'hydrochlorate de baryte est-il réellement un agent doué de propriétés médicamenteuses? a cru devoir répondre : Oui, ce médicament est un anti-scrofuleux même des plus puissants, lorsqu'il est administré avec les indications qui doivent réclamer son emploi. Et si cet emploi n'a pas toujours répondu à l'attente des praticiens, c'est qu'ils n'avaient pas suffisamment étudié la portée et la valeur de ces indications.

Le docteur Payen ne craint pas d'avouer que, s'il a obtenu de l'administration de l'hydrochlorate de baryte des guérisons parfois fort remarquables, il a aussi éprouvé des insuccès complets. Il a ainsi réalisé dans sa pratique les succès et les insuccès signalés par d'autres observateurs. C'est même parce qu'il avait eu lieu d'être surpris de cette différence si frappante dans ses résultats, qu'en médecin jaloux de connaître à quelles causes elles pouvaient tenir, il a dirigé son attention vers ce but, et est ainsi parvenu à la connaissance des conditions qu'exige son emploi, pour que la guérison ou au moins une amélioration bien notable s'ensuive.

L'auteur de cet intéressant mémoire a expérimenté ce médicament dans les ophthalmies scrofuleuses, dans les tumeurs blanches de même nature, et enfin dans d'autres symptômes scrofuleux, tels que caries, tubercules osseux, plaies, fistules, engorgements glanduleux ou tuberculeux, éruptions cutanées, etc., etc. Il a rapporté des observations fort remarquables de guérison, et s'est arrêté à ces conclusions :

1° L'hydrochlorate de baryte est un anti-scrofuleux puissant, héroïque même en quelque sorte, mais seulement quand les indications qui réclament son emploi sont bien saisies.

2° Contrairement au mode d'agir des autres anti-scrofuleux qui sont excitants ou toniques, l'hydrochlorate de baryte est un contre-stimulant, un anti-irritant, un agent doué de propriétés hyposthénisantes.

3° Il ne doit donc convenir, et l'expérience confirme cette induction, que dans les affections scrofuleuses accompagnées de symptômes irritatifs ou de disposition fébrile.

4° On s'explique par là pourquoi cet agent, très-utile contre les manifestations scrofuleuses qui se déclarent chez les personnes à tempérament autre que le lymphatique, et qui revêtent, par cette circonstance-là même, des formes irritatives ou disposent l'économie à l'irritabilité, ne convient nullement aux scrofuleux à constitution lymphatique indolente, ou à constitution débilitée par des privations alimentaires, des habitations insalubres, etc.

5° La tolérance pour ce médicament m'a toujours paru être en raison directe de sa convenance, par rapport aux sujets qui sont soumis à son usage.

6° Cette tolérance, dans les cas les mieux indiqués, s'arrête quand l'économie est sa-

turée, c'est-à-dire quand la modification de la maladie a été obtenue.

7° Quoiqu'il soit nécessaire d'user de prudence dans l'administration de ce remède, nous pensons qu'on a exagéré les dangers de son administration, quand on a conseillé, dans les formulaires, de ne le donner qu'à des fractions de grain. Chez les adultes, M. Payen a constamment commencé par 10 ou 15 centigrammes dans 100 grammes de véhicule à prendre par cuillerée dans les vingt quatre heures, et cependant il n'a jamais remarqué d'accidents.

8° Il est important, quand on veut mettre le chlorure de baryum dans un véhicule, de préférer l'eau distillée pour excipient, afin qu'il n'y ait pas décomposition de la base.

9° Il y a indication, après les traitements par l'hydrochlorate de baryte, comme après ceux d'une autre espèce, de faire éviter aux scrofuleux les causes qui avaient favorisé le développement du vice constitutionnel qui les tourmentait, si on ne veut pas être exposé à le voir renaître. Il ne faut pas redonner de la vie au mal qui s'est éteint, dans la crainte qu'il ne se réveille plus menaçant.

10° Les essais de M. Payen sur l'usage thérapeutique de l'hydrochlorate de baryte ne sont guère rapportés qu'à son emploi interne. Les quelques tentatives qu'il a pu faire de son emploi local, après l'avoir incorporé à l'axonge, sont trop peu nombreuses pour qu'il puisse savoir s'il jouit réellement alors de propriétés fondantes.

Revue des journaux étrangers.

Moyens populaires de guérir la gale en trois jours, par Adolphe de Mitau.

L'auteur assure avoir employé avec un grand succès, depuis plus de vingt ans, cette méthode dont le secret appartenait depuis plusieurs siècles à certaines familles russes. Elle ne s'emploie pas seulement contre la gale, mais contre tout exanthème qui cause de la démangeaison, surtout au voisinage des articulations, et qui augmente avec la pleine lune et diminue avec la nouvelle; elle s'applique également à tout âge, tout sexe et à toutes les circonstances où peut se trouver la femme. Voici en quoi elle consiste :

1° On choisira, si faire se peut, l'époque de la lune décroissante;

2° Si la peau est couverte de croûtes, on les fera tomber au moyen de frictions avec du savon vert et d'un bain chaud;

3° Pendant le traitement, on s'abstiendra d'aliments aigres et salés qu'on remplacera par des soupes et de la viande à doses modérées. Voilà pour les adjuvants. Quant au traitement en lui-même, il se compose : le premier jour, d'un mélange de parties égales de baies de genièvre et de laurier qu'on prend à l'intérieur, à la dose d'une forte cuillerée à café délayée dans de l'eau ou de l'eau-de-vie. Une demi-cuillerée à café suffit pour les enfants de dix ans, et autant qu'on en peut mettre sur la pointe d'un couteau pour ceux qui sont au berceau. Immédiatement après avoir pris la poudre, on se frictionne avec la pommade suivante :

Poudre de baies de genièvre	48 grammes
Idem de baies de laurier....	48 grammes
Fleur de soufre.....	96
Beurre salé.....	192

Ces frictions doivent être vigoureusement exécutées sur toute la périphérie du corps, et principalement aux parties couvertes de l'éruption, et elles doivent employer au moins 125 gr. de pommade pour le premier jour. Le malade met ensuite des habits qu'il ne doit plus quitter pendant tout le reste du traitement, non plus que la chambre qui doit être spacieuse et bien chauffée. On répète la même chose le deuxième et le troisième jour au matin. Le soir de ce dernier jour, le malade se déshabillera dans une pièce bien chaude, se nettoiera avec de l'eau chaude et du savon vert, se frictionnera de nouveau avec la pommade, et se mettra ensuite dans un bain de vapeur d'eau, dont on élevera graduellement la température, qui sera maintenue aussi chaude que possible pendant une demi-heure au moins. Au sortir de ce bain, l'ex-malade doit se laver à l'eau de savon, prendre du linge frais et les habits de sa santé dans le sein de laquelle il doit désormais s'estimer rentré.

(*Zeitschrift für die gesammte Medizin*, publié par Fricke et Oppenheim.)

Des conditions qui favorisent un volume excessif du fœtus, par le professeur Osiander, à Gœttingue.

Le développement excessif du fœtus est une cause de dystocie; l'auteur en cite cinq observations. Il regarde une nourriture trop exclusivement féculente, le pain de seigle, surtout, comme contribuant à produire cette sorte d'hypertrophie fœtale; il recommande donc aux femmes enceintes qui ne peuvent pas faire autrement que d'user d'une nourriture féculente, des jeûnes et des abstinences méthodiques, et de prendre quelquefois un purgatif salin.

(*Idem.*)

Des circonstances qui favorisent l'action thérapeutique de l'iode, par le D. Mossisovits, de Vienne.

Les observations de l'auteur, basées, dit-il, sur plus de huit cents malades, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° De toutes les préparations d'iode, l'hydriodate de potasse, le proto-iodure et le deuto-iodure sont celles dont on devrait attendre le meilleur effet, si elles n'étaient trop souvent altérées dans le commerce, ou bien dans les prescriptions où elles se trouvent mêlées avec d'autres substances qui les décomposent.

2° C'est lorsque l'atmosphère est claire et sèche que ce médicament a le plus d'action ; elle est presque nulle lorsqu'il règne des épidémies de variole, de fièvre puerpérale et de diarrhée ; très-énergique, au contraire, lorsque la constitution médicale est inflammatoire et catarrhale.

3° La teinture d'iode est la plus difficile à manier; de toutes les préparations d'iode, c'est celle qui provoque le plus les atrophies glandulaires, la dyspnée, les hémoptysies et la constipation. Ce n'est pas, selon l'auteur, une simple solution alcoolique, mais une combinaison nouvelle, dont la nature est encore inconnue.

4° La forme la plus convenable est l'hydriodate de potasse dissous dans l'eau distillée : car les pilules, poudres et bols décomposent le sel et mettent à nu l'iode qui s'attache aux voies digestives, provoque une saveur âcre à la gorge, le vomissement, la diarrhée, et se retrouve souvent à l'état métallique dans les matières rejetées.

5° Les malades doivent, pendant le traitement ioduré, s'abstenir de toute espèce de fécule, l'amidon décomposant les préparations de cette substance.

6° Les crises déterminées par l'iode sont la salivation et une éruption semblable à la scarlatine ou à la miliaire. Les urines sont d'autant plus modifiées que la diète est plus sévère.

7° Les bains de sel marin sont un excellent adjuvant du traitement ioduré.

8° La dose, pour les adultes, est d'un gramme d'hydriodate de potasse, et de vingt-cinq milligrammes d'iode dans cent grammes d'eau distillée à prendre chaque jour ; tous les quatre jours, on peut augmenter la dose de cinquante centigrammes ; l'auteur a même été jusqu'à celle de deux grammes d'hydriodate de potasse et de vingt-cinq centigrammes d'iode. On peut très bien couvrir les parties ulcérées avec des compresses trempées dans cette solution. Si l'on a affaire à une tumeur non ulcérée, on la frictionne avec une pommade composée de deux grammes de proto-iodure de mercure dans vingt-quatre grammes d'axonge. Si on veut une forte révulsion, il vaut mieux employer le deuto-iodure dans la même proportion ; il est même plus efficace encore lorsqu'on l'emploie sous forme d'emplâtre.

9° L'auteur emploie aussi l'iode en frictions sur et sous la langue ; la forme est un mélange de dix-sept milligrammes d'iode avec dix centigrammes de poudre de lycopode.

10° Les maladies dans lesquelles l'iode a été le plus efficace entre les mains de M. Mossisovits sont : 1° l'ozène, les ulcères de la bouche, du larynx et du pharynx ; les éruptions impétigineuses, psoriques, dartreuses; les éruptions et les ulcères syphilitiques ou entretenus par l'abus du mercure; les excroissances dures, charnues ou condylomateuses ; les tumeurs blanches dues à une altération des surfaces car ilagineuses.

2° Le gonflement des ligaments articulaires, les affections périostiques vénériennes ou autres, les exostoses, les gonflements des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

3° L'endurcissement scrofuleux du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire ; le développement de tubercules scrofuleux dans les capsules articulaires ; les affections du tissu spongieux des os ; les maladies scrofuleuses de l'encéphale.

(Medizinisches jahbucher de Œsterreichischen staater.)

Compte-rendu de la Clinique d'accouchement de Prague pendant 1839, par le professeur Jungmann.

Treize cent quatre-vingt-deux femmes ont accouché, dans le courant de 1839, à la clinique de Prague ; il y a eu treize cent soixante grossesses simples, vingt de jumeaux et deux de trijumeaux ; en tout quatorze cent six enfants, dont sept cent vingt garçons et six cent quatre-vingt-six filles, soixante mort-nés.

Le rapport numérique des présentations est le suivant :

Présentation	de la tête	1338
—	de la face	17
—	du coccix	25
—	des pieds	16
—	transversales	10

Deux fois, dans la position de la tête au dessus du détroit supérieur, le cordon a prolabé, et lorsque, pour sauver l'enfant, on a appliqué le forceps, les cuillers se sont bien appliquées, mais il a, néanmoins, été impossible de faire l'extraction, et l'opération a échoué.

Toutes les fois qu'on a appliqué le forceps au détroit supérieur ou dans l'excavation, l'une des cuillers a porté sur l'un des frontaux, et l'autre sur les côtés de l'os occipital ; l'application exacte sur les deux côtés de la tête n'a eu lieu qu'au détroit inférieur.

Plus la tête est petite, mieux elle fait la rotation, et la suture sagittale se place dans le diamètre antéro-postérieur.

Dans les présentations de la face, l'accouchement est toujours lent et dangereux. Des dix-sept cas de cette espèce, la plupart présentaient une mort apparente, et cinq ont réellement succombé.

Dans trois cas où les eaux étaient très-abondantes, il y a eu successivement plusieurs présentations dans un très-court espace de temps. Les enfants étaient petits, hydropiques, et ont tous succombé.

Il s'est présenté un cas très-difficile de grossesse apparente : la femme avait eu plusieurs accouchements et le col était effacé ; le foie chez elle distendait tellement le bas-ventre qu'il simulait une vraie grossesse et transmettait les deux bruits du cœur, de manière à les faire prendre pour ceux du cœur d'un fœtus vivant.

On est allé dix fois à la recherche du placenta ; des injections dans la veine ombilicale ont souvent suffi pour hâter la délivrance. Quatorze hémorrhagies graves ont été arrêtées par des injections d'eau froide qui n'ont été suivies de métrite que dans un seul cas.

Un enfant affecté de spina bifida et d'une difformité considérable des membres inférieurs ne naquit qu'aux dépens de la fracture d'un de ses fémurs, causée par une forte contraction de l'utérus. La fracture qui s'était faite au tiers supérieur de l'os ne tarda pas à guérir. Le spina bifida laissait suinter, par plusieurs ouvertures, une quantité considérable de sérosité. L'enfant, en très-bon état, du reste, vivait encore quatre mois après.

Sur les treize cent quatre-vingt-deux accouchées, il y a eu trente-quatre morts, tandis que, l'année précédente, il n'y avait eu que sept morts sur quatorze cent dix-sept. Ce résultat est dû à ce que la fièvre puerpérale a sévi davantage en 1839. On ne pouvait en accuser l'encombrement, car il n'y a jamais eu plus de sept femmes à la fois dans une même salle. L'épidémie paraissait dépendre de la constitution médicale ; elle affectait, dans toutes les salles à la fois, tantôt les séreuses, tantôt les muqueuses. Dans aucun cas la contagion n'a pu même être suspectée.

(*Idem.*)

Syphilis secondaire.

Un homme affecté de carie syphilitique des os propres du nez fut guéri par la décoction de salsepareille et les pilules de ciguë. Il y avait une année entière qu'il n'éprouvait plus aucune douleur, lorsqu'il s'aperçut qu'il louchait d'une façon très-marquée. Le docteur Arntz, qui l'avait traité précédemment, soupçonnant quelque altération des os de l'orbite analogue à la première, prescrivit des pilules de sublimé, en commençant par un dixième de grain (un demi centigramme), et fit appliquer à la nuque un emplâtre de pommade stibiée. Dès que le malade eut pris trois grains de sublimé, le strabisme disparut ; mais la soif devint inextinguible, la peau sèche, le pouls rapide, les selles rares, l'appétit nul, les urines copieuses et fades. Ces accidents cédèrent promptement aux sudorifiques et aux purgatifs salins.

(*Zeitschrift für die gesammte Medizin.*)

De l'emploi de l'arsenic contre le cancer.

Le docteur Ruppins établit que le cancer consiste dans le ramollissement des tissus, ramollissement tendant à la dégénération, parcourant des périodes régulières, et ne différant de lui-même que suivant l'idiosyncrasie des sujets qu'il atteint et la nature des parties qu'il affecte, attaquant de préférence le tissu cellulaire, et surtout les appareils spéciaux de sécrétion, et offrant deux indications principales à remplir : 1° combattre la diathèse; 2° enlever non seulement les tissus malades, mais encore les tissus suspects. Tout ceci n'est pas bien neuf. M. Ruppins continue :

1° Le médecin peut combattre avec avantage la diathèse, quand il est le maître de son malade;

2° Il faut enlever de bonne heure le mal local, mais ne pas négliger l'affection générale ;

3° On doit s'efforcer de guérir, même quand la partie ramollie commence à dégénérer, parce que l'on peut au moins ralentir ou arrêter les progrès du mal, et seconder les efforts de la nature qui, dans le cancer comme dans la syphilis, détruit la maladie par substitution, c'est-à-dire en la faisant passer par une série de formes successives ;

4° Le médecin ne saurait trop faire servir à la cure l'ame, l'esprit et la volonté du malade;

5° Le cancer des lèvres a presque toujours son siége à la lèvre inférieure ; il atteint le plus souvent les adultes, et plus particulièrement ceux qui ont dépassé trente ans : après cinquante ans, les hommes y sont plus exposés que les femmes ;

6° Les scrofuleux y sont très sujets dans l'âge adulte, et même dans la vieillesse, et doivent se tenir en garde contre les contusions des lèvres et autres violences extérieures locales dont les résultats, négligés, amènent après eux le ramollissement cancéreux, etc., etc.

Enfin M. Ruppins regarde l'arsenic comme un moyen très-propre à remplir les diverses indications qui se présentent dans le cancer.

Nous espérions le voir exposer sa méthode et enregistrer ses succès; malheureusement il ne cite que deux ou trois cas qui se sont terminés par la mort, résultat peu encourageant; mais, en revanche, il nous promet un travail *ex professo* sur l'efficacité de l'arsenic contre la cachexie cancéreuse.

(*Ibidem.*)

Concrétions cartilaginiformes dans les articulations.

Après avoir exposé les opinions très-diverses de Reimarus de Monro, de Theden, de Bichat, de Hunter, de Sander, de Richerand, de Larrey, de Schreger, sur la formation de ces concrétions, le docteur Hancke émet la sienne et assure que bien rarement ces corps étrangers doivent leur origine à des causes externes. Suivant lui, elles sont le résultat d'un surcroît d'activité morbide de la membrane synoviale et de l'appareil générateur du tissu cartilagineux. Ce surcroît d'activité reconnaît lui-même pour cause la goutte, le rhumatisme, la plique, les scrofules, etc. La matière cartilagineuse, sécrétée en trop grande abondance, et ne trouvant plus place dans l'organisation régulière des cartilages articulaires, s'épanche entre eux et la synoviale, la pousse devant elle, s'en forme une espèce de sac pédiculé qui, plus tard, se sépare du point auquel il était d'abord fixé, et reste libre avec son contenu dans l'articulation.

M. Hancke réprouve tous les moyens curatifs proposés par divers chirurgiens, et n'admet que l'opération. Contre l'avis de Schreger, il la pratique (pour l'articulation du genou) au côté interne, et veut qu'on extraie tous les corps étrangers en même temps, et non pas à plusieurs reprises, comme le conseillent Boyer, Clarke et autres, chaque nouvelle opération devant amener un nouveau danger. Sur trois malades dont il rapporte l'histoire, et qui tous ont été opérés, deux ont obtenu une prompte guérison, et la maladie ne s'est pas reproduite jusqu'ici. Le troisième a été moins heureux. C'était un homme robuste, âgé de vingt-cinq ans; il fut préparé à l'opération par une application de sangsues autour du genou, et par un séjour prolongé au lit (cette dernière précaution ne doit jamais être négligée). Le corps étranger avait le volume d'un œuf de poule; l'incision par laquelle il fut extrait avait plus de deux pouces de longueur. Grace à un traitement antiphlogistique bien dirigé, la plaie se ferma promptement, à l'exception de l'angle supérieur par lequel s'échappait une petite quantité de liquide puriforme. La douleur resta très-vive, et fut vainement combattue par les sangsues, par la glace, l'opium, etc. A partir du cinquième jour, l'inflammation fit des progrès rapides: le onzième jour, la mort survint. A l'autopsie, on trouva le tissu cellulaire de la cuisse frappé de gangrène, en avant et sur les côtés, jusqu'à l'épine iliaque: les ligamens et la membrane synoviale étaient enflammés, mais il n'y avait pas de suppuration, les os n'étaient nullement altérés.

(*Græfe und Walther's Journal.*)

Abcès par congestion.

Un jeune soldat, âgé de vingt-deux ans, jusque là robuste et bien portant, entra à l'hôpital avec quelques symptômes de dothinentérite, qui cédèrent promptement aux moyens employés, et il sortit jouissant d'une santé aussi florissante que jamais. Trois mois après, il se plaignit d'une douleur dans le creux de l'aisselle: une tumeur s'y développa sans présenter d'abord le caractère inflammatoire; la peau rougit et s'amincit seulement en un point, sous lequel se manifestait une fluctuation profonde: un bistouri y fut plongé, et donna issue à dix onces de pus; l'état général du malade n'avait pas éprouvé la plus légère altération. Le lendemain, la tumeur était vide comme après l'opération, et il ne s'en écoula point de pus, même par la pression. Le troisième jour, elle était énormément distendue, et son volume était devenu beaucoup plus considérable; elle avait envahi tout le dos, depuis la nuque jusqu'à la région lombaire, et s'étendait en avant, sous le grand pectoral. Une fluctuation profonde s'y faisait sentir. Une seconde ponction fut pratiquée au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; il s'écoula par cette voie environ cinq livres de pus. Après cette évacuation, la partie dorsale de la tumeur s'affaissa; mais elle resta dure et tendue au devant de la poitrine: on vida cette portion par une nouvelle ouverture pratiquée dans le voisinage de l'appendice xyphoïde. Il se manifesta alors un peu de fièvre, mais l'appétit se soutenait. Le docteur Hancke prescrivit une médication tonique et un régime fortifiant. Les plaies résultant des ponctions ne tardèrent pas néanmoins à se gangréner; et quoiqu'elles ne donnassent issue qu'à une très petite quantité de pus, la tumeur ne reprit pas son premier volume. Mais le décollement de la peau s'étendait toujours, et le quart environ de l'enveloppe cutanée avait perdu son adhérence aux parties sous-jacente; elle se couvrit, çà et là, de larges taches gangréneuses, et, moins d'un mois après l'apparition de la première tumeur, le malade était mort dans le marasme. A l'ouverture, on trouva non seulement le tissu cellulaire, mais les muscles eux-mêmes noirs et sphacelés depuis la nuque jusqu'au sacrum, et depuis la clavicule jusqu'au bas-ventre; toute la partie de l'omoplate située au dessous de l'apophyse épineuse, était cariée. Les vertèbres, les côtes et les poumons étaient par-

faitement sains. de nombreuses traces d'ulcérations existaient dans le cœcum et dans l'intestin grêle; on voyait clairement que la cicatrisation de ces ulcérations avait commencé par la circonférence, et leur centre, à peine cicatrisé, présentait une sorte de granulation arrondie, d'un rouge foncé, lisse, de la grosseur d'un grain de chenevis. Ces cicatrices étaient violacées, parfaitement lisses, et entièrement dépourvues de villosités.

(*Journal der Praktishen Heilkunde.*)

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 16 février 1841.)

Traitement du bégaiement par la section des muscles de la langue.

M. Velpeau dit avoir coupé le muscle génio-glosse sur un bègue qui lui a paru avoir de la difficulté à élever sa langue, et aussitôt après l'opération, cet homme a pu prononcer plusieurs syllabes qu'il ne pouvait articuler auparavant. Il a fait la section des muscles génio-glosses près de leurs attaches aux apophyses géni. Cette section a été faite sous la muqueuse préalablement incisée à l'aide d'une lancette aiguë.

—M. Amussat a remarqué que les bègues ont la langue peu mobile. Il a étudié sur lui-même, sur d'autres, l'action des muscles de la langue, et enfin chez le bègue il a cru voir que la langue était entraînée d'un côté ou de l'autre; il a été amené dès lors à couper les muscles génio-glosses. Mais tantôt la langue est déviée d'un côté et tantôt de l'autre, et il faut alors couper le muscle correspondant à la déviation. M. Amussat demande à montrer deux bègues qui, amenés au milieu de l'assemblée, prononcent quelques phrases et exécutent quelques mouvements avec leur langue; en même temps il essaie de faire voir que chez eux la langue ne peut se lever aussi facilement que dans l'état normal.

—M. Gerdy ne croit pas que la section d'aucun des muscles de la langue puisse rendre la parole aux bègues. J'ai particulièrement étudié la prononciation, dit-il, et je me suis assuré que les sons exigent, pour être prononcés, un état particulier des organes phonateurs et modificateurs de la voix, état dans lequel presque toutes les parties de ces organes entrent en action. Dans tout ce qui a été fait jusqu'ici, on a procédé avec une grande précipitation et avec une grande ignorance de la matière. On coupe de tous côtés, on se livre sur l'homme vivant à des expériences de toutes sortes qui ne peuvent que nous déconsidérer, et il viendra un jour où cette déconsidération pèsera sur nous. Je demande qu'une commission soit nommée pour examiner des bègues et je demande à en faire partie.

—M. Amussat, vivement ému des paroles un peu âpres de M. Gerdy, se justifie des reproches qui lui ont été indirectement imputés par ce dernier, qui prétend, du reste, ne s'être pas adressé plutôt à M. Amussat qu'à tout autre.

La discussion est terminée : une commission composée de MM. Amussat, Velpeau, Bouvier et Gerdy est nommée pour suivre les résultats des opérations pratiquées sur les bègues.

Soupçon d'empoisonnement par l'acide arsénieux; expertise chimico-légale; par MM. Fau et Bergès. (*Rapport de M. Caventou.*)

Un homme meurt subitement en présentant quelques signes d'un empoisonnement qu'on soupçonne avoir été consommé avec l'acide arsénieux; on l'enterre cependant; mais bientôt la justice fait exhumer le cadavre, et toutes les précautions judiciaires prises, on procède à l'examen des cavités intestinales.

L'estomac et les intestins ne contenaient aucune substance vénéneuse apparente. Les matières contenues dans ces cavités pouvant recéler le poison furent soumises à l'analyse par l'appareil de Marsh et ne donnèrent que des résultats négatifs quant à l'existence de l'arsenic.

Alors l'estomac, l'intestin, coupés par petits fragments, traités par une légère solution potassique, puis par l'eau régale, furent soumis à l'appareil de Marsh et donnèrent de belles taches arsenicales. Il est bon d'ajouter que les experts n'opéraient que dans la supposition d'un empoisonnement par une substance minérale.

Les experts déclarèrent dans leur rapport que les organes de la victime contenaient de l'arsenic.

(Séance du 23 février.)

Des altérations anatomiques du système nerveux dans l'aliénation mentale; par M. Foville.

D'après M. Foville, le cerveau peut être considéré, 1° comme un centre sensorial; 2° comme l'instrument de l'intelligence; 3° comme le conducteur des mouvements volontaires à l'appareil musculaire.

Cela admis, les désordres qu'entraîne l'aliénation mentale peuvent se rapporter à des désordres sensoriaux, à des désordres dans l'instrument de l'intelligence, à des désordres dans l'appareil musculaire. Or, pour les combattre, il faut des moyens physiques et des moyens moraux. M. Foville rappelle que les guérisons véritables de la folie par des moyens moraux seuls sont si rares, qu'on n'en a cité qu'un seul exemple; puis il s'efforce de repousser les reproches de matérialisme adressés aux médecins qui recherchent la cause de l'aliénation mentale dans une altération organique. Il déclare que, pour lui, la pensée est une force immatérielle dont le cerveau n'est que l'instrument, et qu'il révèle comme l'œil révèle l'existence de l'agent impondérable que nous nommons la lumière.

Dans une suite de mémoires, M. Foville se propose de prouver, 1° que la folie n'est qu'une altération matérielle du système nerveux, 2° que le traitement de la folie doit reposer sur des moyens physiques et des moyens moraux.

Bégaiement.

M. Amussat fait une nouvelle communication sur le bégaiement. Après avoir dit qu'il avait jusqu'à ce jour pratiqué sur neuf bègues la section des muscles génio-glosses par le procédé qu'il a indiqué, ce chirurgien présente les deux malades examinés dans la séance précédente; depuis ce temps, ils ont été opérés, et chez tous les deux le succès est aussi complet qu'on pourrait le désirer.

Après avoir montré plusieurs malades opérés

et à opérer, M. Amussat présente une pièce pathologique relative au bégaiement et due à l'obligeance de M. Bégin. Cette pièce consiste dans la langue d'un militaire affecté de bégaiement et qui est mort au Val-de-Grâce. Les deux moitiés de cet organe sont d'inégal volume, la moitié gauche est aplatie, tandis que la moitié droite est bombée et épaisse. Cet état de langue tendrait à prouver que l'un des principaux obstacles à la liberté de la prononciation consiste le plus ordinairement dans l'état anormal de la langue; cet organe étant trop court ou dévié principalement par la contraction des muscles génio-glosses, leur section expliquerait alors l'amélioration et souvent la guérison qu'il a obtenue et que l'on obtiendra par cette opération, lorsqu'on la pratiquera convenablement.

—Au moment où M. Amussat commence la description du procédé qu'il a suivi dans ses opérations, M. Gerdy déclare que les opérations faites sur le bégaiement doivent être soumises à un examen sévère de la part d'une commission prise dans le sein de l'Académie. Ces opérations, continue-t-il, offrent deux côtés, l'un moral, l'autre scientifique; jusqu'à présent je ne leur vois qu'un côté industriel.

On ne saurait peindre l'effet que produisit ce mot dans l'Académie; ce fut un bruit effroyable, des clameurs, des vociférations tellement prolongées que M. le président a été obligé de lever la séance.

(Séance du 2 mars.)

M. le président lit et fait la communication suivante: « Le conseil d'administration, considérant que le strabisme et le bégaiement, ainsi que les opérations pratiquées pour ces deux maladies ne sont pas susceptibles d'un examen suffisant au milieu des séances de l'Académie, a arrêté, 1° que tous les faits relatifs à ces deux affections seraient renvoyés à une commission composée de MM. Blandin, Baffos, Bérard (Auguste), Gimelle, Jobert, Hervez de Chégoin, auxquels se réuniront M. le président et M. le secrétaire perpétuel; 2° que jusqu'au rapport de cette commission, il ne sera fait mention, dans le sein de l'Académie, ni de strabisme ni de bégaiement. »

(Séance du 9 mars.)

Après la lecture du procès-verbal, M. Velpeau demande la parole, et s'exprime en ces termes: « Comme la commission nommée pour suivre les opérations du bégaiement n'est pas encore établie, je demande à qui il faut s'adresser en attendant. Ainsi, j'ai opéré aujourd'hui un bègue, et ignorant où je pourrais trouver les membres de cette commission, je n'ai pu les rendre témoins de cette opération. Je ne cherche point à faire naître du scandale, mais je ne puis laisser sans réponse une lettre qui a été distribuée à tous les membres de l'Académie, et dans laquelle il est écrit que *MM. Roux et Velpeau ont opéré le bégaiement sans succès*. Je renvoie, pour rectifier une assertion aussi inexacte et qui tronque tout-à-fait sur cette question mon opinion, à la séance du 16 février 1841. »

M. le président répond que la lettre dont parle M. Velpeau étant tout-à-fait étrangère à l'Académie ne peut donner lieu à aucune discussion.

De l'emploi des appareils hémostasiques, et des bains d'air comprimé; par M. Junod.

M. Junod lit plusieurs observations d'amauroses, deux observations de pneumonie, une observation de phthisie commençante, dans lesquelles il prétend que le traitement hémostasique a parfaitement réussi.

Ce travail est renvoyé à MM. Husson, Bouillaud, Martin-Solon.

Rapport sur l'appareil d'eaux minérales et sur les vases syphoïdes pour les liqueurs gazeuses de M. Savarès.

M. Henry, rapporteur, dit que M. Savarès a introduit dans la fabrication des eaux minérales gazeuses diverses modifications qui permettent de charger mieux et plus facilement ces eaux des gaz appropriés. Les vases syphoïdes qu'il a soumis au jugement de l'Académie sont destinés à toujours conserver aux liqueurs gazeuses la même quantité de gaz; c'est ce qui ne peut arriver quand ces liqueurs sont conservées dans des bouteilles. Les commissaires se sont assurés que la liqueur, au moment où elle est versée dans le verre en sortant du vase syphoïde, contient moins de gaz que la même liqueur tirée d'une bouteille ordinaire; mais les derniers verres tirés des vases syphoïdes contiennent autant de gaz que les premiers, tandis que les derniers verres tirés d'une bouteille ne contiennent presque plus de gaz.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîments à l'auteur.

Communication.

M. Donné présente un microscope portatif de son invention: « Ce ne sont pas, dit-il, des perfectionnements optiques, mais de simples modifications de forme que j'ai fait subir à cet instrument. Mon but, en agissant ainsi, est de rendre le microscope si commode et si portatif qu'il devienne un instrument usuel et dont le médecin pourra se servir à chaque instant. Ainsi modifié, le microscope offre encore un autre avantage, c'est celui de la modicité du prix; celui-ci revient à 35 fr. De plus, les lentilles du premier microscope venu peuvent s'adapter à l'appareil nouveau que je vous propose et en être ôtées très facilement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 1er février.)

Mémoire sur l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne; par M. Baudens.

L'auteur dit avoir étendu à l'amputation tibio-tarsienne la méthode mixte qu'il a créée et généralisée en 1836 pour toutes les opérations. Cette méthode mixte est une sorte d'éclectisme, ayant la prétention d'emprunter aux autres méthodes ce qu'elles ont d'avantageux, et de rejeter ce qu'elles ont de vicieux.

Dans le premier temps, on coupe toutes les parties en arrière et sur les côtés de l'articulation, en prolongeant l'incision sur le dos du pied jusqu'aux orteils, de manière à découper une vaste guêtre cutanée. Dans le deuxième temps, cette guêtre est relevée jusqu'au-dessus des malléoles. Dans le troisième, ces dernières sont abattues au niveau de la partie moyenne de la mortaise péronéo-tibiale. Il suffit, chez les enfants, de recourir au couteau, les malléoles n'étant qu'à l'état

d'épiphyse. Dans le quatrième temps, on fait le pansement.

M. Baudens présente à l'Académie un militaire qu'il a ainsi amputé, il y a huit mois. Il marche depuis long-temps à l'aide d'une bottine grossière, de 10 à 12 fr., et appuie de tout le poids de son corps sur le pilon sans éprouver de souffrance. La marche fait, en effet, développer un coussinet adipo-celluleux; le tissu cutané se durcit, les parties molles débordent la circonférence osseuse et font ressembler le moignon à un pied d'éléphant.

Cette amputation épargne la vie à plus de malades que celle faite à l'ancien lieu d'élection, et, cette considération même à part, elle a encore l'avantage de conserver à la jambe son intégrité et de rendre la marche plus aisée.

Elle doit aussi être préférée à l'amputation sus-malléolaire, parce qu'elle se pratique plus loin du tronc, parce qu'elle n'emprunte pas comme elle de point d'appui sur l'ischion et sur le genou; et enfin, parce qu'elle n'exige point pour la marche une machine compliquée et d'un prix élevé. — M. Dieffenbach écrit à l'Académie pour rappeler ses titres à l'invention de l'opération du strabisme. — M. Lucien Boyer adresse les conclusions d'un mémoire sur le strabisme. On n'y remarque d'important que les trois suivantes : 1° la section complète des agents qui produisent le strabisme fait cesser immédiatement la déviation; 2° la réunion du muscle coupé ne se fait jamais par soudure immédiate de ses deux bouts, mais toujours par son adhésion au tissu cellulaire intermédiaire à lui et à l'œil, tissu qui, par suite des tractions du muscle, revêt peu à peu les caractères d'une aponévrose ayant toujours une insertion directe distincte des insertions primitives; 3° la vue s'améliore souvent après l'opération. L'amélioration est quelquefois lente, d'autres fois subite; les suites de l'opération sont presque nulles, ou du moins infiniment moins graves qu'on ne l'aurait pu supposer. M. L. Boyer avait amené avec lui des individus opérés avec succès.

(Séance du 15 février.)

M. Flandin lit en son nom et en celui de M. Danger un nouveau mémoire sur l'intoxication arsénicale.

Depuis les expériences consignées dans leur dernier mémoire et dont nous avons rendu compte dans notre numéro de février, les auteurs ont passé à un autre ordre d'expérimentation. Ils ont produit sur des animaux des empoisonnements soit aigus, soit chroniques, pour savoir jusqu'à quel point le mélange des taches arsénicales et pseudo-arsénicales pouvait en imposer quand il s'agissait de faire une distinction entre elles. Il leur parut que les réactions employées jusqu'à ce jour ne suffisaient pas, dans tous les cas, au moins, pour résoudre ce problème. Il ne s'agissait pas seulement de recueillir sous forme de taches l'arsenic brûlé avec l'hydrogène, il fallait condenser le plus possible les produits de cette combustion pour les examiner ensuite et réduire le métal. Ils sont arrivés à ce but au moyen d'un appareil dont ils proposent de faire une annexe à celui de Marsh.

Suit la description longue de cet appareil compliqué qu'il faudrait voir figuré, du moins, pour le bien comprendre.

Les conclusions de ce nouveau travail sont les suivantes :

1° Il n'existe point d'arsenic à l'état normal dans le corps humain;

2° Il se forme généralement dans l'acte de la carbonisation des matières animales, un produit soluble dans l'eau sublimable, composé en grande partie de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à une matière organique, produit susceptible de fournir, avec l'appareil de Marsh, des taches présentant, jusqu'à un certain point le caractère physique et donnant la plupart des réactions chimiques de l'arsenic;

3° Pour se mettre à l'abri de toute erreur, il faut ne compter sur les réactions franches et normales de l'arsenic qu'après avoir brûlé le gaz hydrogène arsénié et agi sur les produits de cette combustion;

4° Dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, c'est dans les fèces et la matière de vomissements qu'il faut surtout chercher les traces du poison pendant la vie; et, si la mort a été l'effet immédiat de l'empoisonnement, on retrouve l'arsenic jusque dans les organes les plus éloignés du centre de l'action toxique.

Traitement du bégaiement par la section des muscles de la langue.

M. Amussat écrit à l'Académie qu'il vient de pratiquer la section des muscles de la langue chez deux sujets atteints de bégaiement.

Le premier malade qu'il a opéré, avec l'aide de MM. L. Boyer, Levaillant et Foucart, est un enfant de onze ans. Sa prononciation était des plus embarrassées, quoique le bégaiement fût peu sensible; le filet tendait à se déchirer, lorsqu'on voulait, par des tractions, allonger la langue; il y avait, en outre, une déviation à droite de cet organe avec impossibilité de l'élever jusqu'aux arcades dentaires supérieures. Immédiatement après l'opération, il y eut une amélioration très évidente dans la prononciation et une diminution dans l'empâtement. Le filet, dont l'attache inférieure venait d'être coupée, en même temps que le muscle, ne s'opposait plus aux mouvements d'élévation de la langue.

Le deuxième opéré, ancien militaire, âgé de quarante ans, présentait un bégaiement aussi complet que possible avec des moyens d'élévation très-bornés et déviation de la langue à droite lorsque cet organe était porté hors de la bouche. Immédiatement après l'opération, l'amélioration était sensible. Le procédé de M. Amussat consiste, la langue étant renversée en arrière et en haut, la bouche fortement ouverte, à couper perpendiculairement avec des ciseaux la muqueuse à la partie inférieure du filet entre les deux canaux de Wharton; puis on coupe en travers au-dessous et on écarte les bords de la muqueuse divisée. Alors, en faisant tirer la langue en avant et en haut, hors de la bouche, les muscles viennent s'offrir d'eux-mêmes à la section; avec des ciseaux ou avec un petit scalpel en rondache, on les divise plus ou moins suivant leur contraction.

Dans le point où M. Amussat pratique la section des muscles génio-glosses, l'opération est moins difficile et moins dangereuse que dans tous les autres. Il agit sur un double faisceau ou sur le sommet du triangle, tandis que, plus bas, le muscle s'épanouit en éventail, et est, en outre, entouré de nerfs et de vaisseaux.

M. Amussat a fait placer ses deux opérés dans la salle d'entrée à la disposition des regards académiques.

(Séance du 22 février.)

Suite du même sujet.

M. Amussat dit avoir opéré sept nouveaux bègues dans le courant de la semaine, et avec des

résultats encourageants. Je n'ai pas, dit-il, la prétention de guérir tous les vices de la parole par la simple section des muscles génio-glosses; mais je puis dire que les succès déjà obtenus par cette opération ont beaucoup dépassé mes espérances et celles de tous les amis sincères des progrès de la chirurgie.

Il termine en disant que ces nouvelles opérations doivent être méditées et répétées tant sur le cadavre que sur des animaux vivans, avant d'oser la tenter sur l'homme, si l'on veut avoir tout le succès possible.

Myotomie oculaire dans le strabisme.

M. le docteur Schuster adresse quelques détails sur les opérations qu'il a subies pour le guérir de son strabisme. Ces opérations consistent dans la section du grand oblique que MM. Amussat et Boyer regardent aujourd'hui comme tout-à-fait inutile, et dans le débridement de l'œil dévié au moyen de la section des faces antérieures du fascia sous-conjonctival.

NOUVELLES.

Concours et prix.

La société de médecine de Niort met au concours la proposition suivante : « Décrire les maladies endémiques et épidémiques qui règnent le plus souvent dans le département des Deux-Sèvres, et le traitement qui leur convient le mieux.» —Une médaille d'or, de la valeur de 200 fr., sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire. Les mémoires devront être envoyés franco au secrétariat, rue du Faisan, 23, le 31 juillet 1841 au plus tard. Les membres titulaires, mais non les membres correspondants de la société, sont exclus du concours.

—

Hôpitaux.

M. Thunot, secrétaire général de l'administration des hospices et hôpitaux civils de Paris, vient de mourir récemment. M. Thunot s'était toujours fait remarquer par son empressement à accueillir toutes les réclamations qui lui étaient adressées.

—

Médecine militaire.

Les concours qui viennent de se terminer au Val-de-Grâce ont donné lieu au résultat suivant:

MM. Goffres et Scrive ont été nommés à deux chaires de pathologie chirurgicale, vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Metz et de Lille. M. Goffres, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a réuni l'unanimité des suffrages.

M. le docteur Champouillon, qui a obtenu la même distinction que M. Goffres, a été nommé à une chaire d'hygiène de médecine légale, vacante à l'hôpital de Metz.

M. Milon enfin a été nommé professeur de chimie au Val-de-Grâce, à la suite d'un brillant concours.

Hygiène publique.

L'épidémie de méningites et de fièvres typhoïdes continue de sévir dans la garnison de Strasbourg, et elle paraît frapper particulièrement les jeunes recrues. La mortalité pour les trois premiers mois de 1841 aura été aussi forte que celle de l'année 1840 tout entière.

—

Les membres actuels des jurys médicaux devant cesser leurs fonctions le 12 avril prochain, il va être procédé à leur renouvellement. Les préfets ont été invités, en conséquence, à adresser immédiatement une liste de candidats pris parmi les docteurs en médecine ou en chirurgie. C'est d'après cette liste que le ministre de l'instruction publique choisira les deux membres qui composeront le jury médical.

—

Homicide involontaire par imprudence.

La police correctionnelle a eu récemment à s'occuper de deux cas de ce genre; dans l'un et dans l'autre c'étaient des religieuses qui étaient inculpées.

Dans la première affaire, il s'agissait d'une femme Rollin qui mourut empoisonnée à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait pris dans un bouillon du deuto-chlorure de mercure en place de sulfate de soude que la sœur Gabrielle avait cru lui remettre. Par suite de cette fatale méprise, la sœur Gabrielle a comparu en police correctionnelle le 13 mars, sous prévention d'homicide involontaire.

M. Camusat de Basseroles, avocat du roi, s'étonne, avec raison, de ce que les réglements administratifs aient été assez mal observés à Saint-Louis pour qu'un accident aussi grave ait eu lieu. Il signale à l'attention des magistrats et de l'administration ce fatal relâchement qui a eu de si funestes effets.

L'article 73 du réglement veut que les médicaments et leur emploi soient continuellement surveillés, soit par le médecin, soit par le pharmacien ou leurs élèves. La cause prouve que cette surveillance n'a pas eu lieu, puisqu'une fille de service a eu du poison à sa disposition En effet, la sœur Gabrielle donne pour excuse qu'elle a reçu le prétendu sel de Glauber d'une fille de service sortie quinze jours auparavant.

Après la plaidoirie de Me Ledru, le tribunal a décidé que, s'il y avait eu homicide par imprudence, ce n'était pas le fait de la sœur Gabrielle. Elle a, en conséquence, été renvoyée de la plainte.

(*Temps.*)

Un fait analogue s'est présenté le 17 mars à la septième chambre. Les détails suivants sont empruntés à la *Gazette des Tribunaux.*

Le 31 décembre, un enfant de treize ans, porteur d'une ordonnance, se présenta à l'établissement des sœurs de Charité (rue des Récollets). La sœur Antoinette lui remit dans un verre 45 grammes d'huile de ricin, à prendre dans du bouillon, et dans une tasse 4 grammes de laudanum à verser sur un cataplasme, en avertissant l'enfant du double usage de ces substances. La veuve Ralard, à qui elles furent remises, mit le laudanum dans le bouillon, et versa l'huile sur le cataplasme destiné à sa fille. La malade mourut.

La prévention reprochait à la sœur Antoinette de n'avoir pas placé d'étiquette sur les vases, et d'avoir fait un débit illicite de préparations pharmaceutiques.

La sœur Antoinette a été renvoyée de la plainte attendu qu'il n'est pas d'usage d'étiqueter les vases qui contiennent les médicaments ainsi don-

nés aux pauvres. Terminons en disant que les membres du bureau de bienfaisance se sont empressés de remettre des fioles étiquetées aux sœurs.

Si le réglement qui prescrit aux internes en pharmacie de distribuer eux-mêmes, et à chaque lit, les médicaments bien étiquetés, si cet article était constamment bien observé, des accidents comme le premier n'arriveraient pas, ou du moins ne seraient pas sous la responsabilité des religieuses.

Le second accident est encore plus criant, et c'est principalement contre le bureau qu'il crie. Mais il suffira, sans doute, de signaler de tels faits, sans que la passion s'en empare.

—

Nécrologie.

L'Académie des sciences et le collége de France viennent de faire une grande perte dans la personne de M. Savart. Avant de devenir un des membres de la section des sciences physiques, M. Savart était docteur en médecine et avait été chirurgien militaire. Il a fait d'importantes recherches de physique appliquée à la physiologie.

VARIÉTÉS.

Astley Cooper.

Le plus célebre des chirurgiens anglais de notre époque vient de finir, il y a peu de jours sa laborieuse et brillante carrière. La vie professionnelle et professorale d'Astley Cooper offre une ressemblance frappante avec celle du grand chirurgien que la France a perdu à son tour il y a quelques années, celle de Dupuytren. Ces deux hommes ont eu en effet un génie, des talents, une gloire et une fortune analogues. Ils ont conquis l'admiration de leurs contemporains par le même genre de travaux. Le parallèle peut-être ne pourrait plus être suivi sous le rapport des qualités morales et du caractère; car ces deux émules étaient aussi distants l'un de l'autre, comme hommes, qu'ils étaient rapprochés comme chirurgiens. C'est là du moins ce qui résulterait du portrait moral qu'on nous envoie de Londres, et qui ne laisse rien à désirer. « Sir A..., n'a point eu d'ennemis et ne pouvait pas en avoir. La douceur de ses manières, l'aménité de son caractère, la candeur de son âme, la bonté de son cœur enlevaient toutes les sympathies, et même celles de ses rivaux. Sa modestie était égale à sa supériorité. Il effaçait constamment sa personne et traitait comme ses égaux ceux qui pouvaient à peine se dire ses disciples.» Ceci suffit pour marquer le contraste. Egaux en talents et en renommée pendant leur vie, il est à présumer que ces deux hommes n'arriveront pas d'un pas égal à la postérité, et que l'un sera encore invoqué, cité et consulté comme un maître par de nombreuses générations, tandis que l'autre y arrivera à peine au travers de souvenirs vagues et indistincts. L'un y portera à la fois sa gloire et ses pensées; l'autre n'y portera que son nom. A. Cooper, en effet, mieux inspiré que son rival du continent, a déposé le résultat de ses travaux dans des écrits nombreux, tandis que Dupuytren n'a à peu près rien écrit. Or, sans parler des anciens, que saurions-nous aujourd'hui, si nous n'avions leurs livres, d'un Gui-de-Chauliac, d'un Franco, d'un Béranger de Carpi, d'un A. Paré, d'un M.-A. Séverin, d'un Wisemann, d'un J.-L. Petit?

Sir Astley Cooper naquit à Brooke, dans le comté de Norfolk, le 23 août 1768. Sa mère (Marie-Suzanne) est connue dans la littérature par une nouvelle intitulée la *Mère modèle*. Il demeura dans le lieu de sa naissance jusqu'à l'âge de quatorze ans, et le quitta alors pour aller habiter Yarmourth avec ses parents. C'est là qu'il fit ses premières études classiques. C'est à cette époque de sa vie que se rapporte une de ces anecdotes d'enfance, insignifiantes par elles-mêmes, qui n'acquièrent de l'intérêt, un sens et une valeur, que par les événements postérieurs de la carrière de ceux qui en furent les héros. Un petit garçon tombe d'une charrette; dans sa chute l'artère fémorale est ouverte, et donne lieu à une effrayante hémorrhagie. Le jeune A. Cooper, témoin de l'accident, court à son secours, et avec une grande présence d'esprit, faisant de son mouchoir un tourniquet, l'applique avec assez de bonheur et d'adresse sur la cuisse pour arrêter immédiatement le jet de sang, qui serait devenu mortel en peu d'instans. A. Cooper racontait lui-même souvent dans la suite cette prouesse chirurgicale, et disait que la vive satisfaction qu'il avait éprouvée en sauvant la vie de cet enfant lui avait inspiré aussitôt le désir, presque romanesque, de se faire chirurgien.

En effet, peu de temps après, et à peine âgé de quinze ans, il fut mis en apprentissage auprès de M. Turner, chirurgien-apothicaire de Yarmouth. Après quelques mois de séjour dans ce poste, il vint, en 1784, à Londres, et continua ses études auprès de son oncle, M. W. Cooper, chirurgien de l'hôpital de Guy, qu'il quitta bientôt cependant pour s'attacher à M. Cline, alors chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas. C'est sous la direction de ce praticien qu'il poursuivit ses études avec une ardeur et un zèle soutenus, pendant trois années, et fit ensuite un voyage à Edimbourg en 1787.

A son retour à Londres, il fut nommé premier démonstrateur d'anatomie, et ensuite professeur-adjoint de M. Cline. Ayant obtenu l'autorisation des chirurgiens des hôpitaux de Guy et de Saint-Thomas, il commença à donner des leçons sur les principes et la pratique de la chirurgie, et c'est de cette époque que date véritablement l'origine de sa renommée et de ses succès. Son auditoire, qui n'était au début que d'une cinquantaine d'élèves, s'éleva bientôt jusqu'à quatre cents. Aucun professeur, à Londres, n'avait jamais eu un succès pareil; et il ne faut pas oublier que, dans les hôpitaux de Londres, il n'y a d'admis aux visites et aux leçons des professeurs, que des élèves payants, et payant très-cher. Sans pouvoir être cité comme un orateur éclatant, sir A. Cooper, qui, du reste, n'avait aucune prétention à l'art de la parole, professait avec une facilité simple qui n'était pas dénuée de charme.

Après s'être marié, en 1791, avec une parente de son vieux et honoré maître M. Cline, il vint à Paris en 1792. Il assista aux leçons de Desault et de Chopart, à l'Hôtel-Dieu. Il y vit Dupuytren, encore jeune alors et au début de sa carrière, qui, dit-on, l'introduisit auprès de Louis-Philippe, alors duc d'Orléans, dont il reçut un bienveillant accueil, et qui, devenu roi, lui envoya depuis, en souvenir, la croix de la Légion-d'Honneur. Quelques années après cette course sur le continent, il fut nommé membre honoraire de l'Institut national de France.

A. Cooper commença sa pratique civile vers 1792; mais il continua toujours son service et ses cours à l'hôpital Saint-Thomas jusqu'en 1826. Il fit aussi, dans cet intervalle, des leçons d'anatomie comparée au collége royal des chirurgiens. Il devint membre du conseil et de la cour des examinateurs. Il était président du collége de chirurgie pendant les années 1836 et 1837. En 1827, il fut promu au poste de chirurgien ordinaire (sergent-surgeon) du roi Georges IV.

En 1821, A. Cooper avait été créé baronnet. Ayant perdu sa première femme en juin 1827, il se remaria l'année suivante. Il n'avait eu de son premier mariage qu'une fille qui mourut très-jeune.

Sir Astley Cooper est mort le 15 février, âgé de soixante-treize ans ; il souffrait depuis longtemps d'une affection du cœur, accompagnée d'un épanchement dans la poitrine ; il avait aussi éprouvé de fréquentes attaques de goutte. Ces maladies le firent songer à la retraite. Il renonça pendant quelque temps à sa pratique, mais ce désœuvrement succédant tout à coup à une vie si active, lui devint bientôt si intolérable qu'il se décida à rentrer dans la carrière, voulant, comme il l'a dit lui-même, *mourir sous les armes*.

Sa mort a été l'objet d'une douleur universelle et des patriotiques regrets du peuple anglais. Ses funérailles ont été célébrées avec une grande pompe. Son corps a été exposé pendant plusieurs heures à la vue du public dans une salle de l'hôpital Guy, et sur son corbillard couvert de velours noir et magnifiquement orné, étaient déposés les insignes des ordres dont il était décoré. Ses armoiries étaient gravées sur deux boucliers, sorte de décoration qu'on n'a jamais vue aux obsèques d'un chirurgien français. La foule qui a assisté au service funèbre, célébré dans la chapelle de l'hôpital, était immense ; on y remarquait surtout la jeunesse médicale.

Tels sont en abrégé les principaux traits historiques de la vie et de la mort de sir A. Cooper. Les Anglais qui portent en toute chose leur esprit d'exactitude minutieuses et quelquefois pédantesque, surtout en matière d'étiquette, de généalogie et d'hiérarchie sociale, ont compilé déjà, sur leur célèbre chirurgien, assez d'anecdotes, de dates et de petits faits pour fournir matière à un volume. Nous leur empruntons encore quelques traits.

A. Cooper est mort immensément riche, comme Dupuytren, sauf, toutes choses égales d'ailleurs, la différence d'une fortune anglaise à une fortune française. Ses honoraires annuels se sont élevés jusqu'à l'énorme somme de 21,000 liv. sterling (525,000 francs) et la moyenne était de 15,000 livres (375,000 fr.). Sa maison était journellement assiégée par une immense foule de malades dont le plus grand nombre ne pouvait obtenir audience qu'après une longue attente. On dit qu'un de ses domestiques gagna dans une seule année 600 livres (21,000 fr.) au moyen des tours de faveur qu'il obtenait pour ceux des malades qui pouvaient les payer. Le prix de quelques unes des opérations de A. Cooper dépasse tous ce qui s'était vu en ce genre. On raconte qu'un vieux gentlemann, nommé Hyatt, ayant été traité heureusement par lui et étant en pleine convalescence, lui dit un jour : « J'ai, jusqu'ici, récompensé le médecin, mais je n'ai pas satisfait le chirurgien, et lui ayant demandé ensuite ce qu'il exigeait pour l'opération, et Cooper ayant répondu que c'étaient 200 guinées (environ 5,400 fr.).» Ho, ho ! répliqua le malade, je ne vous donnerai certes pas une telle somme ; voici tout ce que je peux vous offrir, » et en même temps il ôta de sa tête son bonnet de nuit et le présenta au chirurgien. « Monsieur, je vous remercie, dit celui-ci, tout ce qui vient de vous est acceptable, » et il mit le bonnet dans sa poche. Rentré chez lui, il y trouva un mandat de 1,000 guinées (26,000 fr.). Voici un autre fait analogue.

Un monsieur Steer était venu de temps en temps consulter sir A. Cooper et s'était retiré toujours sans laisser la rénumération d'usage. Le chirurgien fit peu d'attention à cet oubli, et continua à lui donner ses soins, persuadé que c'était un homme peu fortuné. Peu de temps après, il reçut une lettre par laquelle M. Steer lui faisait savoir qu'allant à la bourse il s'était souvenu qu'il avait un *omnium* (sorte de coupon d'action), dont il n'avait pas disposé encore et qu'il avait pris la liberté de le négocier en son nom pour 3,000 livres (75,000 fr.); mais que les fonds ayant monté bientôt après il avait pris de nouveau la liberté de le vendre pour lui et qu'il lui envoyait la différence qui était de 62 livres 10 schellings.

L'immense fortune, résultat d'une si fructueuse pratique pendant près de 50 années, doit, dit-on, passer, ainsi qu'une partie de la clientelle, à deux neveux et élèves de A. Cooper, M. Astonkey et M. Aransby Cooper, chirurgien de l'hôpital du Guy.

Un autre fait plus chirurgical est le fait suivant. Le roi Georges IV avait une petite tumeur sur le péricrâne. Après bien des consultations il fut décidé qu'il fallait l'enlever, et sir A. Cooper fut choisi pour l'opération. Au jour indiqué il se rendit chez Sa Majesté. Lord Liverpool et plusieurs membres du cabinet occupaient une pièce contiguë à la chambre du roi. Quelsques instans avant l'opération, on s'aperçut qu'Astley Cooper était très-pâle et agité. Lord Liverpool remarquant son inquiétude, s'approcha de lui et lui saisissant la main fortement, lui dit : « Souvenez-vous que cette opération vous sauve ou vous perd. Courage ! sir Astley. » Cette brusque apostrophe eut pour effet de remettre le chirurgien, et aussitôt toute apparence d'hésitation disparut de son visage, et il exécuta l'ouvrage avec son sang-froid et son habileté accoutumés.

A. Cooper a été un des praticiens les plus laborieux et un des plus zélés professeurs ; et c'est particulièrement par l'enseignement qu'il a brillé entre tous les chirurgiens de son temps. La richesse de ses connaissances pratiques, l'activité sans égale avec laquelle il communiquait, et l'autorité que son nom et sa position scientifique lui avaient acquise, attiraient autour de lui la plus grande portion de la jeunesse médicale. Il était l'idole de ses élèves qui le suivaient en troupes, et de même que Linnée, qu'on représente suivi, dans ses excursions botaniques, par des centaines de disciples, le Dupuytren anglais traversait les salles de son hôpital, escorté par des centaines d'étudians qui écoutaient avec un religieux silence les moindres paroles qui sortaient de sa bouche. Les jours d'opération, la foule était plus pressée encore, et envahissait jusqu'aux derniers recoins du vaste amphithéâtre de Guy. Toutes ces circonstances rappellent ce qui se passait à l'Hôtel-Dieu de Paris il y a quelques années.

. . . . . .

Peu d'hommes de notre profession ont eu une carrière plus brillante et plus heureuse, et une aussi grande existence. Ces exemples de haute fortune et de gloire sont rares ; mais s'ils ne sont le lot que de quelques uns, ils servent de but à tous. Ils jettent du lustre sur l'art, et, par suite, sur ceux qui l'exercent ; et quand une de ces grandeurs exceptionnelles se montrent quelque part, la profession tout entière doit s'en glorifier et y applaudir ; et toute considération nationale doit s'effacer et se perdre dans l'unité de la science, et dans la solidarité de ceux qui la professent.

(*Gazette médicale.*)

Le directeur de service, J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 11. — MAI 1841.

I.—CLINIQUE.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. De l'inoculation appliquée à l'étude des maladies syphilitiques.

L'inoculation a été pratiquée par divers auteurs, pour éclairer, dans l'histoire de la syphilis, plusieurs points dont la plupart, malgré leurs expériences, sont demeurés dans une grande obscurité ; car, comme l'on peut s'y attendre, tous les expérimentateurs sont bien loin d'être arrivés aux mêmes résultats.

J'essaierai, dans ce travail, d'apprécier ce qu'il y a de vrai ou de faux dans leurs opinions, et d'établir définitivement la valeur de l'inoculation, son utilité et ses inconvénients, soit en apportant le peu de faits nouveaux qu'il m'a été permis d'observer, soit en m'efforçant de soumettre à une logique plus sévère, à une interprétation plus vraie, les faits que déjà possédait la science.

Avant d'entrer en matière, je sens le besoin de rendre justice à un auteur que je serai souvent obligé de citer et de combattre. Si les recherches de M. Ricord n'offrent pas toute la sévérité désirable, ses observations ont du moins le mérite d'être beaucoup plus exactes, beaucoup plus complètes que toutes celles qu'on avait faites jusqu'à lui, de pouvoir enfin servir de matériaux à l'histoire de la science.

Parmi les questions que l'on a voulu résoudre à l'aide de l'inoculation, une des plus importantes est celle de l'existence du virus vénérien; mais la solution de cette question, avec comme sans l'aide de l'inoculation, est si facile, si évidente, qu'elle est et demeurera irrévocablement fixée pour tous les hommes dégagés de préventions, et qu'il serait inutile, je crois, de prouver ici que l'inoculation s'est nettement prononcée pour l'affirmative. Lorsqu'on voit, en effet, l'uniformité et les caractères propres des symptômes, et surtout des symptômes primitifs de ce virus, la régularité de sa transmission par la contagion, cette contagion elle-même susceptible de s'exercer sur l'homme seulement (1), on a peine à concevoir que des spéculations systématiques aient pu aveugler les esprits à ce point de leur faire méconnaître et nier son existence.

Des auteurs, il est vrai, affirment qu'ils n'ont pu parvenir à inoculer le virus vénérien ; mais, outre que cette inoculation n'est pas indispensable, quelle confiance accorder à Bru, par exemple, lorsque, dans un sujet aussi grave, il se contente presque de dire qu'il a en vain essayé d'inoculer la matière des chancres, des bubons, des gonorrhées à toutes les époques de leur durée? Il est évident que de semblables assertions, lancées ainsi sans le moindre détail, ne peuvent être soumises à aucune critique et ne méritent, par cela même, aucune considération.

Si la question du virus est facile, il n'en est pas de même de la suivante : Quelles sont, parmi les affections réputées syphilitiques, celles qui sont réellement dues à l'action du virus vénérien? Ceux qui se sont imaginé que l'inoculation suffisait pour résoudre cette question sont tombés dans une grave erreur. Avant de discuter la valeur des données que l'inoculation peut fournir pour la

(1) MM. Cullerier et Ratier ont avancé, contrairement aux expériences de Hunter et de M. Ricord (*art. inoculation* du *Dict.* en 15 vol.), que l'inoculation réussissait également bien, que le sujet fût un homme ou un *animal*. Un résultat aussi important aurait exigé des développements circonstanciés, et je n'ai point trouvé à l'article *syphilis* les détails que ces auteurs avaient promis à l'article *inoculation*. Je crois donc que leur assertion mérite peu de créance, et ne peut, quant à présent, mettre en doute la vérité mise au jour par les recherches de Hunter. J'ai moi-même essayé six fois, et par plusieurs piqûres chaque fois, d'inoculer le pus de chancres récents sur des chiens ; je n'ai obtenu aucun résultat.

solution de ce problème, déterminons ces données elles-mêmes, c'est-à-dire constatons les résultats que l'inoculation a fournis dans les diverses formes de syphilis admises par les auteurs.

CHAPITRE Ier.

RÉSULTATS FOURNIS PAR L'INOCULATION.

Débarrassons-nous d'abord des symptômes secondaires que tous les auteurs ont reconnu n'être pas susceptibles de s'inoculer. Mes expériences étant, sur ce point, d'accord avec celles des auteurs, je me contenterai de les indiquer sans aucun détail.

Les inoculations, au nombre de huit, ont été faites trois fois, sur trois sujets différents, avec le liquide fourni par de nombreuses végétations siégeant à la vulve et autour de l'anus; deux fois avec le pus de syphilides pustuleuses ulcérées, une fois avec le pus d'une périostose suppurée, une fois avec le pus d'une tumeur gommeuse suppurée, enfin une fois avec le liquide fourni par des tubercules plats ulcérés, dans un cas de syphilis héréditaire chez un enfant.

Ainsi, l'inoculation des divers liquides fournis par les affections syphilitiques secondaires donne un résultat négatif.

Abordons la question beaucoup plus épineuse des symptômes primitifs.

Tous les médecins de bonne foi qui ont essayé d'inoculer le chancre y sont parvenus avec tant de facilité, que l'on ne doit tenir aucun compte de l'opinion de ceux qui disent l'avoir toujours tenté en vain. Mais s'inocule-t-il toujours ou seulement dans certaines circonstances, et alors quelles sont ces circonstances? voilà ce qu'il était plus important et surtout plus difficile de déterminer. La plupart des auteurs n'ont point essayé de le faire; d'autres n'ont pas cru la chose possible : ainsi MM. Cullerier et Ratier disent-ils (art. *syphilis* et *inoculation* du *Dict.* en 15 vol.) que les chancres s'inoculent d'autant plus facilement qu'ils sont plus récents. C'est, à mon avis, ce que l'on peut dire de plus raisonnable. M. Ricord professe une tout autre opinion; il a cru pouvoir soumettre à des règles rigoureuses les cas dans lesquels les chancres devaient fournir un pus inoculable ou non inoculable. Selon lui le chancre s'inocule *toujours* dans la période de *progrès* ou de *statu quo*, et il ne s'inocule *jamais* dans la période de *réparation* ou de *transformation sur place*. La difficulté n'est plus alors que de s'entendre sur ces périodes de progrès et de réparation, et M. Ricord n'a point résolu cette difficulté avec toute la lucidité, toute la précision désirables. En effet, ou bien il entend par période de progrès l'état dans lequel *il n'y a pas de travail de cicatrice* (*Traité pratiq. des mal. vén.*, pag. 86), et, par conséquent, d'une manière implicite, par période de réparation, l'état dans lequel le travail de cicatrisation est commencé. C'est aussi le sens le plus naturel que ces dénominations comportent. Mais, comprise de la sorte, l'opinion de M. Ricord est doublement erronée : 1° parce qu'un chancre, même récent, offrant tous les caractères de la période de progrès, peut n'être pas susceptible de s'inoculer; 2° parce que, le travail de cicatrisation étant commencé, le chancre peut encore, dans certains points, fournir un pus inoculable. Ou bien il entend par période de réparation (page 88) la transformation d'un chancre en plaie simple, et alors on pourrait presque dire que la seconde erreur est remplacée par une naïveté, car personne a-t-il jamais pu penser qu'une plaie simple fût susceptible de sécréter un virus quelconque?

J'ai dit que le chancre pouvait présenter tous les caractères de la période de progrès, sans pour cela sécréter un pus inoculable. Voici une observation qui prouvera cette vérité.

Obs I. — *W.... (L....), dix-huit ans, modiste, d'une bonne constitution, tempérament un peu sanguin, embonpoint marqué, n'ayant jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'une autre maladie, entrée le 4 février* 1840, *salle Saint-Alexis, n°* 18.

Depuis son arrivée à Paris, datant de plus de cinq mois, cette malade vivait avec un amant, lorsqu'il y a six semaines, à la suite d'une nuit d'excès vénériens, il lui survint à la fourchette une petite déchirure qui était très-douloureuse pendant le coït, et qui la força à se refuser complètement à cet acte. Un médecin que la malade consulta à cette époque lui assura qu'elle n'avait qu'une petite plaie très-simple. L'impossibilité de se livrer au coït fut cause d'une rupture avec son amant. Il y a trois semaines, sa première plaie n'étant pas complètement cicatrisée, elle fit un nouvel amant. Elle ne s'était livrée que trois fois au coït, quand sa plaie, qu'elle avait soin de visiter et de lotionner souvent, devint tout-à-coup plus large et plus profonde, et présenta un aspect gris. Le même médecin, consulté de nouveau, dit à la malade qu'elle avait la maladie vénérienne, et lui conseilla d'entrer à l'Ourcine. Elle apprit en même temps que son nouvel amant était affecté de chancres. Pendant quelques jours elle continua les moyens simples dont elle avait jusqu'alors fait usage; mais, la maladie s'étendant de jour en jour, elle se décida à entrer à l'hôpital.

5 février. A la fourchette, chancre de 6 à 7 lignes de diamètre, à surface grise, à bords découpés, rouges, indurés, ainsi que la base. Rougeur médiocre du vagin, écoulement vaginal jaune blanchâtre; rien par l'urètre. Inoculation à droite avec le pus du chancre, à gauche avec la matière de l'écoulement. Injections vaginales astringentes deux fois par jour, cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent, pansement au vin aromatique.

7. Le chancre offre le même aspect. Même traitement.

11. Le chancre s'étend; les inoculations n'ont rien produit. Même traitement et de plus deux pilules de proto-iodure de mercure.

12. Nouvelle inoculation par trois piqûres à la cuisse droite, avec le pus du chancre.

17. Le chancre continue de s'étendre, il offre le

diamètre d'une pièce de quinze sous ; les inoculations n'ont rien produit. Même traitement.

20. Le chancre paraît un peu moins profond, sa sécrétion moins abondante. Même traitement.

25. Même état ; nouvelles inoculations à gauche avec l'écoulement qui n'offre presque plus de teinte jaune, et à droite avec le pus du chancre. Même traitement.

27. État stationnaire du chancre ; inoculations négatives. Même traitement.

5 mars. Le fond du chancre est élevé, les bords sont moins rouges, la couleur grise n'existe plus qu'au centre dans l'étendue d'une pièce de cinq sous. Même traitement.

La cicatrisation marche promptement ; elle est complète le 14 ; ce jour-là l'écoulement est blanc et très-peu abondant.

24. On cesse les pilules ; on cautérise avec la pierre infernale quelques petites végétations qui apparaissent à la face interne des petites lèvres ; l'écoulement a repris une teinte jaune et est redevenu plus abondant.

Dans le courant du traitement quelques autres végétations très-petites se sont développées ; elles ont persisté jusqu'au 15 juin ; on les a traitées uniquement par la cautérisation avec le nitrate d'argent, répétée presque tous les jours. A partir du 15 juin l'écoulement, qui était encore jaune et médiocrement abondant, a été traité par l'introduction dans le vagin d'un tampon saupoudré de poudre d'alun.

La malade est sortie le 3 juillet, conservant très-peu d'écoulement parfaitement blanc.

Elle a eu régulièrement ses règles pendant tout son séjour ; elle a toujours mangé les 3/4 d'aliments ; elle n'a éprouvé aucun dérangement de fonctions pendant l'administration du mercure.

Une personne ayant eu des rapports avec cette malade immédiatement après sa sortie n'a rien contracté.

Ainsi, il est des chancres qui, dans certaines circonstances impossibles à reconnaître, quant à présent du moins, ne s'inoculent pas, quoiqu'ils offrent tous leurs caractères spécifiques. Ces cas sont-ils fréquents ? Je ne le pense pas ; mais cela est actuellement impossible à déterminer. Sur huit inoculations que j'ai faites ou vu faire avec du pus de chancres, je ne l'ai observé qu'une fois. Dans les huit inoculations négatives sur trente-huit que M. Ricord a consignées dans son ouvrage, section des chancres, il s'est contenté cinq fois de dire simplement que les chancres étaient à la période de réparation sans ajouter aucune description, ce qui n'aurait pas été inutile pour instruire le lecteur de ce qu'il fallait entendre par cette dénomination ; cela était d'autant plus utile que les caractères de cette période ne sont décrits nulle part d'une manière explicite et franche ; il devenait dès lors indispensable, toutes les fois qu'on en parlerait, de décrire exactement l'état de la plaie, afin que l'on pût juger si ces caractères existent réellement. Cette omission est un défaut grave dans les observations de M. Ricord.

Des trois observations où il a donné quelques indications descriptives, la dernière (38e) se rapporte évidemment aux chancres non inoculables. Voici ce qu'on lit dans cette observation : « Les ulcères *paraissent* à la période de réparation, leur fond s'est élevé ; leur surface recouverte d'une sécrétion grisâtre albumineuse qu'on ne peut détacher, laisse suinter un pus séreux. »

Singulière réparation que celle où le chancre présente une *sécrétion grisâtre qu'on ne peut détacher, laissant suinter un pus séreux* ! Il semblerait, à la vérité, que cette période n'était pas bien manifeste *avant* l'inoculation, puisqu'il est dit que « les ulcères *paraissent* à la période de réparation ; » il me semble qu'il eût été préférable de se servir, en cette occasion, de la *transformation in situ* ou *symptôme secondaire sur place*, dénomination qui paraît avoir été inventée pour des cas semblables, et qui, si elle n'est pas très logique, offre au moins le mérite d'être excessivement commode. Lorsqu'en effet vous trouvez un chancre non inoculable, quoiqu'il n'ait subi dans ses caractères aucune modification apparente, vous vous tirez facilement d'embarras en disant qu'il a éprouvé la transformation *in situ*. C'est justement la manière dont un inoculateur zélé a frappé de nullité l'observation que je viens de rapporter et que je lui avais communiquée. Au reste, cette transformation *in situ* n'était pas seulement une invention commode, c'était de plus une nécessité ; car, pour conserver à la doctrine de l'inoculation absolue toute l'importance qu'on voulait lui donner, il fallait bien éliminer de la classe des chancres les cas dont il s'agit ; et, comme on ne pouvait décemment les présenter pour des périodes de réparation, il fallait bien aussi leur trouver une dénomination particulière. Je ferai voir plus tard dans quelle fausse route on a été obligé de se jeter pour soutenir l'absolu de cette doctrine ; pour le moment, je me borne à constater qu'il y a des chancres, même récents, qui ne possèdent pas la propriété de s'inoculer, et cela sans qu'aucune modification appréciable puisse en donner la raison.

La cicatrisation des chancres peut être commencée, sans que ceux-ci cessent de sécréter en certains points un pus inoculable. Le raisonnement pouvait d'avance faire prévoir ce résultat, et l'expérience, arbitre suprême du raisonnement, lui a donné sa sanction. Le plus ordinairement, en effet, les chancres commencent à perdre leurs caractères spécifiques et à se cicatriser à la circonférence, tandis que le centre n'éprouve que peu ou point de changements : il était tout naturel alors de penser que la partie du chancre qui n'a pas changé d'aspect n'a pas non plus changé de nature. En voici un exemple :

Obs. II. — *H... (M...), célibataire, âgée de vingt-deux ans, domestique, d'une constitution forte, sanguine, n'ayant jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'une autre maladie, entrée le 3 mars 1840, salle Saint-Alexis, n° 27.*

Il y a sept mois que dans son pays (Sandwetle, en Allemagne) elle eut seulement deux rapports

sexuels, à la suite desquels elle quitta l'Allemagne et arriva à Paris, n'ayant ressenti pendant la route aucun mal aux parties de la génération. Depuis, elle assure n'avoir connu personne, et, de quelque manière qu'on l'interroge, ses réponses sont toujours les mêmes. Il y a trois semaines qu'elle s'aperçut d'une grosseur à l'aine, qui, huit jours après son apparition, s'ulcéra en donnant issue à de l'humeur mêlée de sang et prit l'aspect qu'elle conserve encore. Quatre jours après l'ulcération de la grosseur, survint à la face interne de la cuisse droite un petit bouton acuminé dont le sommet présenta bientôt une ulcération semblable à la précédente, mais seulement d'une ligne de diamètre, et qui s'accrut chaque jour. Enfin, il y a quelques jours, il se déclara à la face externe des grandes lèvres plusieurs autres boutons semblables au premier pour leur marche et leur développement. Le jour qui précéda l'ouverture du bubon (car la grosseur en question est un véritable bubon) la malade, souffrant beaucoup, fit part de son état à sa maîtresse ; celle-ci la fit voir par un médecin et, sur les conseils de ce dernier, l'envoya à l'hôpital de l'Ourcine.

Les règles ayant paru le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, on ne la visite au spéculum que lorsqu'elles ont cessé.

9 mars. Aux grandes lèvres, près de leur commissure inférieure, cinq petites élévations tuberculeuses non ulcérées ; près de la commissure supérieure, trois autres saillies semblables offrant au centre de petites ulcérations, d'une ligne de diamètre, à aspect chancreux. On inocule à la cuisse droite le liquide fourni par une de ces ulcérations. Sur la face externe de la grande lèvre droite, deux petites pustules qui laissent voir à travers l'épiderme soulevé une suppuration jaunâtre ; elles paraissent produites par l'inoculation naturelle d'une ulcération chancreuse de quatre lignes de diamètre qui se trouve vis-à-vis d'elles, à la face interne de la cuisse droite, à un pouce du pli cruro-vulvaire. Dans le pli inguinal gauche, ulcération chancreuse de vingt lignes de long sur quatre de large. On l'inocule à la face interne de la cuisse gauche. Écoulement jaune verdâtre provenant exclusivement du vagin, inoculé à gauche au dessus de la première piqûre. Cautérisation avec la pierre infernale et pansements au vin aromatique ; injections astringentes dans le vagin.

11. Les petites ulcérations n'ont plus leur surface grise. Même traitement.

12. Les deux premières inoculations ont donné la pustule caractéristique ; celle de l'écoulement n'a rien produit. Même traitement.

20. Tout est cicatrisé à l'exception du chancre de la cuisse qui est cependant beaucoup diminué, et réduit à l'état de plaie simple, et de celui de l'aine diminué également, mais offrant encore au centre dans l'étendue transversale de deux et demie à trois lignes seulement, une sécrétion de matière grise adhérente. Le fond de la plaie est d'ailleurs élevée et se confond, vers la circonférence, avec le tissu sain. On inocule la sécrétion fournie par la partie encore grise du chancre. Même traitement.

23. L'inoculation a donné la pustule caractéristique. On la cautérise.

24. La malade exige sa sortie. Le chancre inguinal est à l'état de plaie simple ; la dernière inoculation offre encore l'aspect chancreux ; l'écoulement est blanc jaunâtre, encore assez abondant.

Le lecteur aura sans doute été frappé de l'étrangeté des renseignements fournis par cette malade : d'après ces renseignements, en effet, les accidents syphilitiques ne se seraient montrés que plus de six mois après le coït dans lequel ils auraient dû être contractés, ce qui s'éloigne considérablement de la marche ordinaire des choses. Faut-il néanmoins leur accorder une entière confiance ou les considérer comme faux ? J'avoue que, pour ma part, je suis disposé à admettre la dernière opinion ; mais était-ce une raison pour les supprimer ou pour les arranger d'une manière plus conforme aux idées reçues ? C'est là une manière de procéder pour laquelle un grand nombre d'auteurs ont montré beaucoup trop de prédilection ; je dis que c'est une manière de procéder funeste à la découverte de la vérité. Le médecin, et c'est ici un point sur lequel ont insisté avec raison tous les observateurs qui se sont occupés de l'examen des malades, le médecin doit faire toutes les questions nécessaires pour éclairer le sujet de ses recherches ; il doit surtout faire ces questions de façon à ne pas dicter d'avance la réponse, qualité que l'amour des doctrines préconçues détruit trop souvent. Lorsque les réponses obtenues sont opposées aux faits déjà établis dans la science, on doit chercher à les mettre en harmonie avec eux, et si elles se répètent constamment les mêmes, on doit les respecter et les reproduire avec fidélité. C'est seulement ainsi que les matériaux qu'on amasse seront propres à fonder une véritable science.

Et, au sujet de l'examen des malades, qu'il me soit permis de détruire ici une erreur généralement accréditée, et que j'ai moi-même partagée longtemps sur la foi d'autrui. Cette erreur consiste à croire qu'on ne peut, en fait de maladies syphilitiques chez les femmes, et à l'hôpital de l'Ourcine en particulier, recueillir que des renseignements sans valeur de la part des malades. Il est bien certain que si vous apportez dans votre interrogatoire la légèreté, la raillerie ou même encore le dédain qu'on y apporte fréquemment, vous ne vous mettrez pas dans des conditions propres à captiver leur confiance ; mais si, au lieu de cela, vous les abordez avec un air sérieux sans pédanterie, si vous ne faites pas de leurs confidences le sujet de plaisanteries plus ou moins mauvaises, si vous vous évertuez à leur faire comprendre que vous ne voulez savoir tous les détails dont vous vous informez que dans le seul but de pénétrer plus profondément dans la connaissance de leur maladie, alors elles vous feront part des particularités les plus intimes de leur vie, et si elles vous trompent, c'est qu'elles se tromperont elles-mêmes. Car il faut bien savoir que se rappeler tous les détails d'une affection à laquelle on ne faisait souvent que peu ou point d'attention lors de son début, n'est pas chose facile, pas plus pour la syphilis que pour toute autre maladie. Au reste, je ne prétends pas que ce soit là une règle sans exception, mais enfin c'est la règle très-générale. Dans le grand nombre d'observations que j'ai recueillies pendant une année, je n'ai rencontré que cinq ou six cas dans lesquels les malades aient paru vouloir cacher l'origine de leur mal, et encore, alors, s'agissait-il le plus souvent de symptômes constitutionnels qui pouvaient à la rigueur n'avoir pas été précédés d'accidents primitifs : car il s'en faut que l'opinion qui n'admet pas d'accidents consécutifs sans accidents primitifs soit démontrée. L'aveu que les malades font avec le plus de difficulté est celui des rapports illicites, et encore l'ai-je obtenu assez souvent quand j'ai fait des efforts dans ce but.

Les deux observations que j'ai rapportées forment, avec six autres, dont une m'a été communiquée par mon excellent collègue et

ami, M. L. d'Astros, les huit seuls cas d'inoculation de chancres que j'aie pu observer, contraints que nous avons été, mes maîtres et moi, d'abandonner promptement cette fâcheuse pratique.

Passons aux résultats que fournit l'inoculation des bubons. Je ne pourrai fonrnir ici aucun fait nouveau, parce que je m'étais déjà interdit l'inoculation avant que l'occasion se fût présentée de l'appliquer à l'étude des bubons; je ne ferai donc que rapporter les faits qu'ont observés les auteurs. Ces faits sont bien différents les uns des autres. Ainsi MM. Cullerier et Ratier (Art. *Inoculation* du Dictionn. en 15 vol.) disent n'avoir rien obtenu de l'introduction sous l'épiderme du pus des bubons qui succèdent à des chancres primitifs ou consécutifs; M. Gibert (*Manuel des mal. vénér., Paris*, 1836, *page* 529) est arrivé aux mêmes résultats. Au contraire, M. Ricord et d'autres sont parvenus à inoculer ce pus, et comme des faits négatifs ne peuvent pas détruire des faits positifs lorsque ceux-ci sont observés par des hommes capables et de bonne foi, j'admettrai, avec M. Ruef (*Gazette méd.*, 1835, *page* 701), que le pus des bubons peut s'inoculer, mais que ce résultat n'est pas constant; et je jugerai plus tard s'il est constant dans certaines circonstances, comme le croit M. Ricord.

Je ne dirai que peu de chose de l'inoculation des pustules muqueuses désignées plus récemment sous le nom de tubercules plats, de papules muqueuses, symptôme encore mal décrit, surtout en ce qui concerne son développement. Toutes les fois que ces tubercules ne consistaient qu'en de simples saillies lenticulaires, telles qu'elles ont été décrites par les auteurs, l'inoculation de la matière qu'ils sécrétaient n'a produit aucun résultat. J'ai répété cette inoculation sur sept sujets. C'est d'ailleurs ce que tous les auteurs qui ont inoculé ce symptôme ont constaté avant moi.

J'arrive à l'affection qui a soulevé le plus de dissentiments parmi les syphiligraphes, la blennorrhagie. C'est surtout ici que loin de s'entendre sur la valeur des faits, les auteurs ne s'entendent pas sur les faits eux-mêmes. Afin de pouvoir discuter les faits relatifs à l'inoculation de la blennorrhagie, je les diviserai en trois séries.

1° On s'est proposé par l'inoculation de la matière blennorrhagique de déterminer une autre blennorrhagie. Tous les auteurs sont d'accord sur la possibilité de ce fait.

Pour arriver au but qu'on se proposait, on a suivi deux procédés différents d'inoculation: tantôt on a introduit la matière blennorrhagique sous l'épithélium d'une muqueuse à l'aide d'une lancette, et alors, chose remarquable, on n'a obtenu aucun résultat; tantôt cette matière a été simplement appliquée sur la muqueuse, au moyen d'une sonde introduite dans l'urètre par exemple, et c'est dans ce cas seulement qu'un résultat a été obtenu; non pas un résultat constant, on ne réussit pas toujours à produire une blennorrhagie, mais on réussit fréquemment. Pour mon compte je n'ai tenté ni vu tenter aucune expérience de ce genre.

2° Par l'inoculation de la matière blennorrhagique on a voulu produire des chancres, et c'est là le grand sujet du débat qui, malgré de longues et nombreuses discussions, ne me paraît pas encore définitivement jugé. Les expériences sont contradictoires. Ceux qui ont admis que la blennorrhagie peut produire des chancres se sont surtout fortifiés de l'expérience de Hunter (*Traité des maladies vénériennes, trad. par Audiberti, Paris*, 1787, *page* 344) qui, à elle seule, ne saurait certainement fournir une preuve irrécusable, mais qui est bien loin d'avoir aussi peu de valeur que quelques auteurs ont voulu le croire. On lui a fait plusieurs reproches qui sont pour la plupart mal fondés. Le premier et le plus grave, c'est que les ulcères résultant de l'inoculation n'étaient pas syphilitiques; or c'est là une opinion plus que hasardée. Hunter a eu, il faut le dire, le tort très grave de ne point décrire les caractères de l'ulcère; mais cela prouve-t-il que cet ulcère n'était pas vénérien? Non sans doute: Hunter l'a pris pour tel, et, quoi qu'on puisse dire de la facilité avec laquelle on admettait à cette époque la spécificité des ulcères, son opinion n'est pas à dédaigner. Il a guéri seul, dites-vous, donc il n'était pas syphilitique: vieil et triste argument, les chancres guérissent très bien seuls, et celui-ci d'ailleurs a été traité par la cautérisation et par la pommade au calomel. Ce chancre a été suivi de symptômes consécutifs. Croyez-vous qu'il soit possible d'admettre que ces symptômes peuvent être dus à d'*autres causes* qu'à l'infection syphilitique? Le malade, dites-vous encore, a pu contracter de nouvelles infections dans l'espace de trois ans que dura l'expérience; ce reproche tombe nécessairement, lorsque Babington nous apprend que c'est sur lui-même que Hunter expérimenta (*Œuv. comp. de J. Hunter*, *t.* II, *p.* 174; *trad. par Richelot.*). Hunter a encore rapporté une autre expérience dont on n'a pas fait mention, et que je crois devoir reproduire malgré l'absence de beaucoup de détails qui la rendraient plus intéressante. Il s'agit (*loc. cit.*, *p.* 310) d'une personne inoculée avec la matière d'une gonorrhée et d'un ulcère de l'amygdale: la première inoculation produisit un chancre, la seconde ne produisit rien.

Voyons si des expériences postérieures détruisent la valeur de celles de Hunter. La plupart de ces expériences et celles de Hernandez en particulier, qui ont joui d'une grande faveur, ne prouvent rien moins que son opinion. La matière qu'il a inoculée était fournie par des forçats qui ne pouvaient avoir que des blennorrhagies très anciennes, et qui auraient probablement perdu la propriété de s'inoculer si elles l'avaient possédée. Qu'est-ce aussi que ces quatre jeunes gens dont les inoculations offrent presque tous les

caractères des chancres, mais qui ne sont pas des chancres, parce que les individus *avaient une forte teinte scrofuleuse?* Ne pourrait-on pas adresser à Hernandez un reproche opposé à celui qu'il faisait à Hunter, et lui dire qu'il admettait bien difficilement la nature syphilitique d'une affection. On pourrait ajouter beaucoup d'autres reproches au précédent; ils me semblent inutiles, parce que les observations de cet auteur s'encadrent si bien avec des idées systématiques qu'il avait sur d'autres maladies, qu'elles portent le cachet des faits controuvés.

Arrivons aux expériences de M. Ricord, plus nombreuses et plus détaillées, mais non plus probantes que celles de ses prédécesseurs. Le nombre d'inoculations de blennorrhagie qu'il rapporte tant dans la section des chancres que dans celle des blennorrhagies, s'élève à soixante-dix. Sur ce nombre il a obtenu soixante-quatre fois un résultat négatif et six fois la pustule caractéristique. Que M. Ricord explique ces six cas par des chancres siégeant dans l'urètre, c'est une hypothèse commode et à la rigueur possible; mais du possible au certain la distance est considérable, et M. Ricord montre beaucoup trop de facilité à la franchir. Non pas que je veuille contester l'existence des chancres de l'urètre, je les admets avec lui quand je les vois, et je dois dire qu'il m'en a fait voir; mais quand on ne les voit pas et que rien n'indique d'une manière certaine qu'ils doivent exister, ne doit-on pas alors se retrancher dans le doute?

De ces six observations on en trouve une (*observ.* 17 *de la section des chancres*) dans laquelle le chancre était visible, et offrait les caractères de la période de progrès, et une autre (*obs.* 16) dans laquelle on se borne à dire que la muqueuse était ulcérée, sans indiquer le caractère de l'ulcération; mais, en admettant que cette ulcération fût un chancre, il resterait toujours quatre observations où l'existence de celui-ci demeure problématique.

Voici maintenant le résultat de mes recherches.

Sur quinze inoculations que j'ai faites ou auxquelles j'ai assisté, quatorze n'ont rien produit. Sur ces quatorze cas quatre fois l'écoulement était jaune, muco-purulent, et datait de quinze, huit, cinq et trois jours; quatre fois il était jaune-blanchâtre, et datait de plus de quinze jours; enfin six fois il était blanc, et datait de plus de six semaines; quatre fois les blennorrhagies étaient accompagnées d'autres symptômes qui ont fourni un pus inoculable, et dix fois elles existaient seules ou avec des végétations.

La quinzième inoculation a fourni la pustule caractéristique. Je vais en donner les détails:

Obs. III. — *D...., vingt-trois ans, célibataire, lingère, d'une bonne constitution, un peu sanguine, réglée à quatorze ans, et depuis régulièrement toutes les trois semaines; entrée le* 28 *janvier* 1840, *salle Saint-Alexis, n°* 10.

Elle n'a jamais eu de maladie syphilitique ou autre; seulement il y a quatre ans, à la suite d'une couche, elle fut sujette à des fleurs blanches; ayant consulté un médecin, celui-ci lui trouva une ulcération du col; mais comme elle ne souffrait nullement, elle abandonna bientôt le traitement qui lui avait été prescrit, et se livra comme auparavant à ses occupations ainsi qu'à ses plaisirs.

Il y a quinze jours, pendant des rapports habituels avec son amant, elle sentit deux boutons se développer à la grande lèvre; en même temps ses fleurs blanches devinrent plus abondantes et prirent une coloration jaunâtre. C'est pour ces symptômes qu'on lui conseilla d'entrer à l'hôpital de l'Ourcine.

29 janvier. Sur le bord libre de la grande lèvre droite, deux saillies lenticulaires d'un rouge obscur à la circonférence (pustules muqueuses) dont une offre, dans presque toute son étendue, une ulcération très-superficielle, rosée, fournissant une sécrétion très-fluide et très-rare. On pratique avec la matière de cette sécrétion deux inoculations à la cuisse droite. Le col utérin a quatorze à quinze lignes de diamètre antéro-postérieur et présente dans toute sa surface une ulcération granulée et rosée sur tous les points; le vagin et surtout le col fournissent un écoulement muco-purulent, jaune, assez abondant; on n'obtient rien en pressant l'urètre d'arrière en avant. Inoculation par deux piqûres à la cuisse gauche du liquide utérin qui coule sur le col. Cautérisation de la cavité utérine en y introduisant, dans l'étendue d'un pouce et demi, le crayon de nitrate d'argent; nitrate acide de mercure sur l'ulcération du col; tamponnement avec la charpie sèche; tous les jours deux fois injections alumineuses, la malade n'éprouvant pas de douleurs.

1er février. Sur chaque cuisse une des inoculations seulement offre la pustule chancreuse. On la rompt et on la cautérise avec le nitrate d'argent. On essuie parfaitement avec de la charpie sèche la surface du col; on va chercher dans la cavité utérine, à l'aide d'un pinceau délié, de la matière blennorrhagique, et l'on pratique avec cette matière deux inoculations à la cuisse gauche, au dessous des premières.

4. Une des deux dernières inoculations a fourni la pustule caractéristique; on la détruit avec le caustique; on cautérise également tous les jours les deux premières qui se sont néanmoins converties en chancres. On continue d'ailleurs les mêmes moyens, et l'on donne deux pilules de proto-iodure.

12. Les trois inoculations positives, malgré des cautérisations répétées et des pansements au vin aromatique, se sont étendues; elles constituent maintenant trois chancres indurés, un à droite, deux à gauche, d'environ huit lignes de diamètre. A la place des deux tubercules de la grande lèvre il ne reste plus que des taches rouges. L'écoulement est moins jaune et moins abondant; l'ulcération du col est à peu près au même état. On continue avec assiduité les mêmes moyens.

2 mars. Depuis deux jours seulement les chancres d'inoculation sont en voie de cicatrisation à leur circonférence. L'écoulement est blanc et peu abondant; l'ulcération du col toujours dans le même état. Même traitement.

4. La cicatrisation du chancre de droite marche très-promptement, elle s'étend aux deux tiers de sa surface; à gauche elle marche bien aussi, quoique moins rapidement. On touche l'ulcération du

col avec la solution de nitrate d'argent au lieu de nitrate acide. L'écoulement utérin est presque complètement transparent.

12. Le chancre de droite est complètement cicatrisé; ceux de gauche le sont aux trois quarts. L'ulcération du col a un peu diminué d'étendue. A peine d'écoulement vaginal; écoulement utérin transparent, médiocrement abondant.

19. Les deux chancres de gauche sont cicatrisés. L'ulcération s'est encore légèrement améliorée; écoulement utérin transparent médiocre; à peine d'écoulement vaginal.

24. A droite, et surtout à gauche, les cicatrices des chancres d'inoculation offrent des indurations d'un rouge foncé de huit à dix lignes de diamètre. Le col conserve toujours le même volume; l'ulcération est encore diminuée, et n'a guère que huit à dix lignes dans sa plus grande étendue; il y a à peine de l'écoulement vaginal laiteux; l'écoulement utérin est toujours transparent. La malade demande à sortir.

Elle a pris sans aucun inconvénient les pilules de proto-iodure jusqu'au 24. Les règles se sont montrées régulièrement toutes les trois semaines.

Cette observation curieuse fait naître de nombreuses réflexions. D'abord, pour ce qui est de la question principale, elle semble prouver que la blennorrhagie est susceptible de s'inoculer. En effet, ce n'est pas l'ulcération du col qui a pu produire le pus inoculable, cette ulcération était granulée, rose, et avec ces caractères les ulcérations ne s'inoculent jamais, selon M. Ricord; d'ailleurs, pour la seconde inoculation, on a pris la précaution (c'est M. P. Guersant qui opérait) d'aller chercher la matière blennorrhagique jusque dans la cavité de l'utérus, pour qu'elle ne pût emprunter les qualités virulentes à l'ulcération. Il n'y aurait d'autre moyen de se tirer d'embarras que de supposer un chancre dans la cavité utérine; ce serait, comme dans les cas de chancres de l'urètre, une hypothèse possible, une hypothèse qui peut bien ôter à l'observation la valeur absolue qu'elle aurait sans cela, mais qui ne saurait nullement la détruire. Pour que cette valeur fût détruite, il faudrait que le chancre eût été vu.

Je ne dirai rien des deux tubercules plats dont l'un a fourni une inoculation positive, ce symptôme ayant, comme je l'ai dit, besoin plus que tout autre d'être soumis à de nouvelles recherches qui présentent beaucoup de difficultés.

Que signifie encore cette singularité de n'avoir obtenu chaque fois qu'une inoculation positive sur deux que l'on pratiquait? L'attribuera-t-on à l'inadvertance de l'opérateur? mais, outre la simplicité de l'opération et les soins qu'on y donnait, l'habitude de M. Guersant ôte toute prise à cette objection. L'explication la moins hasardée que l'on en puisse donner, c'est que la même matière peut s'inoculer dans certains points, dans certaines circonstances, et non dans d'autres.

Enfin, cette observation est propre à ébranler la foi que l'on pourrait avoir en l'innocuité de l'inoculation, en donnant l'exemple de trois chancres produits par cette opération, chancres qui ont persisté pendant près de deux mois, malgré des soins opportuns et assidus, qui se sont indurés et ont laissé des cicatrices très-apparentes; et tout cela pendant que les symptômes pour lesquels la malade était entrée à l'hôpital avaient disparu, et lui auraient permis de reprendre beaucoup plus tôt ses occupations.

3° On a voulu produire une blennorrhagie par l'inoculation de la matière fournie par des chancres.

Les expériences tentées dans ce but sont peu nombreuses et peu concluantes; c'est surtout la contagion naturelle qui nous fournira des faits précieux.

Tels sont les faits bruts fournis par l'inoculation des divers symptômes syphilitiques. Dégagés de toute signification, et vus seulement en eux mêmes, ils peuvent être résumés de la manière suivante:

1° Les matières fournies par les divers symptômes secondaires de la syphilis (*ulcères de la gorge, syphilides, etc.*) ne s'inoculent pas.

2° Le pus fourni par les chancres récents s'inocule presque toujours, et d'autant mieux que ceux-ci possèdent davantage les caractères spécifiques qui les distinguent.

3° Quelquefois les chancres ne s'inoculent pas, quoiqu'ils conservent leurs caractères sans aucune altération appréciable.

4° Les chancres peuvent changer de nature dans certains points pendant qu'en d'autres points ils conservent la propriété de s'inoculer.

5° Le pus des bubons s'inocule, mais ce résultat n'est pas constant.

6° Le liquide fourni par les pustules muqueuses, lorsque celles-ci ne consistent qu'en de simples élévations de la peau, sans érosion de leur surface, n'a pu être inoculé.

7° La matière blennorrhagique appliquée sur une muqueuse saine peut y produire une blennorrhagie.

8° Par le procédé de la lancette, la blennorrhagie a été le plus souvent inoculée sans produire de chancres, mais il n'est pas démontré qu'elle n'en produit jamais.

CHAPITRE II.

UTILITÉ DE L'INOCULATION.

Abordons maintenant les déductions qu'on doit tirer de ces faits, et voyons si l'interprétation, si la valeur qu'on leur a donnée est bien celle qui leur convient. Reprenons l'ordre précédemment suivi.

Les diverses sécrétions fournies par les accidents secondaires ne s'inoculent pas; quelle conclusion en tirer? Dirons-nous avec Hernandez « *toutes les fois qu'une inoculation donne des ulcères qui ne sont pas syphilitiques* (et probablement *a fortiori* quand cette inoculation ne donne rien du tout) *la matière infectante ne l'était pas?* » Mais ce serait une erreur si manifeste que l'on s'étonne quelle ait pu être soutenue par un auteur qui avait dû réfléchir quelquefois à son sujet. Qui ne sait que les symptômes de vérole constitutionnelle ne peuvent se développer que sous la seule influence du virus syphilitique; qu'ils ont leur marche, leurs sièges, leurs caractères spéciaux; qu'on ne peut attribuer ces symptômes qu'à la diffusion du virus dans toute l'économie, et que, dès lors, il doit être répandu sur les endroits affectés au moins autant qu'ailleurs?

Faut-il admettre avec M. Ricord, pour qui inoculation et contagion semblent choses identiques ou du moins inséparables, quoique ce soient choses parfaitement distinctes et indépendantes, faut-il admettre que l'inoculation prouve que les symptômes de syphilis constitutionnelle ne peuvent se transmettre autrement que par voie d'hérédité? Si cette opinion représentait une vérité, ce serait assurément une connaissance importante; malheureusement elle représente une erreur. La contagion des accidents secondaires de la vérole est aujourd'hui prouvée par des faits incontestables: On peut en lire un remarquable dans le rapport du Docteur Bottex. (*De la nature et du traitement de la vérole, etc., rapport fait..... etc., par le Docteur Bottex, Lyon*, 183.) J'ai pu par moi-même en observer un exemple authentique que je vais rapporter.

Obs. IV.—*U.... M....*, 30 *ans, ordinairement bien portante, d'une constitution maintenant très altérée, réglée à* 16 *ou* 17 *ans, et depuis toujours régulièrement, entrée le* 13 *mai* 1840, *salle Saint-Bruno, n°* 9.

Le 8 mai 1839, cette malade, arrivée au terme d'une grossesse exempte d'accidents, accoucha heureusement d'un enfant qui mourut à sept semaines. Vers le commencement du mois de juin, elle prit un nourrisson. Elle l'avait à peine depuis quelques jours, lorsqu'il se manifesta aux seins plusieurs ulcérations; elle alla consulter M. Dubois qui, ayant trouvé à ces ulcérations les caractères syphilitiques, voulut voir l'enfant que la malade nourrissait, et le trouva affecté de syphilis constitutionnelle. Il savait d'ailleurs que, pendant sa grossesse, la malade n'avait offert aucun symptôme de syphilis; il lui conseilla de cesser l'allaitement de cet enfant, et la fit entrer à la clinique de la Faculté. Quinze jours après son entrée, il se manifesta dans toutes les articulations, mais particulièrement aux coude-pieds, aux genoux et aux coudes, des douleurs violentes qui s'exaspéraient le soir vers 3 heures, et le matin à 4 heures. Les ulcérations persistèrent, augmentèrent même beaucoup; le bout du sein gauche fut entièrement détruit ou plutôt coupé par une ulcération qui le rongea par sa base. La cicatrisation complète ne date que de deux mois et demi. Vers la même époque, les douleurs des articulations se calmèrent un peu, et la malade put, quoique avec beaucoup de difficulté, reprendre l'usage de ses jambes qui, depuis la manifestation des douleurs, était complètement aboli. Pendant que les jambes reprenaient leurs fonctions, il se déclara à la tête plusieurs plaques croûteuses accompagnées de vives douleurs qui s'exaspéraient la nuit. Depuis huit jours, ces douleurs ont beaucoup diminué et perdu leur caractère d'exaspération nocturne. Il y a quelques jours seulement qu'il est survenu par presque tous les orifices un écoulement très fétide. Jusqu'à l'apparition de cet écoulement, on n'avait jamais rien observé de morbide vers les parties génitales. Depuis l'accouchement, les règles n'ont jamais reparu. Dès son entrée, la malade fut soumise aux frictions mercurielles pendant environ deux mois; elle éprouva une salivation assez abondante: depuis elle n'a fait que des traitements simples. Après une année de séjour à la clinique, la guérison n'étant pas obtenue, la malade fut envoyée à l'Ourcine sur la recommandation de M. Danyau, qui remplaçait alors M. Dubois, et qui connaissait les antécédents et les causes de la maladie.

14 Mai. Ecoulement fétide par les oreilles, par le nez, par les parties externes de la génération, ce dernier provenant exclusivement de la vulve. L'haleine est très fétide. Tout autour du cou, mais surtout aux parties latérales, plusieurs petites tumeurs du volume d'un haricot, qui semblent formées par des ganglions engorgés, douloureuses, empêchant complètement les mouvements du cou. Les jambes sont douloureuses, surtout à la pression, et présentent un degré extrême d'amaigrissement; il n'y a, d'ailleurs, aucune trace d'exostose.

Sur le cuir chevelu existent plusieurs plaques, dont les plus grandes ont un pouce et demi environ de diamètre, plus épaisses au centre qu'à la circonférence, formées par des squammes jaunâtres, demi-transparentes, siégeant sur un fond non ulcéré. Ces plaques sont peu douloureuses.

18. Il y a un peu d'érysipèle à la joue gauche.

19. L'érysipèle a envahi le nez et un peu la joue droite. Le pouls est faible, à peine fréquent; depuis trois jours point de selles. — Onctions d'axonge toutes les heures, cat. sinapisés aux jambes et aux pieds, bis., lavem. purgat.

20. L'érysipèle s'est étendu au cuir chevelu; une selle difficile et peu abondante. Même prescr. On fait des onctions sur la tête après avoir préalablement coupé les cheveux.

21. La rougeur a beaucoup pâli à la face, qui reste tuméfiée; elle persiste au cuir chevelu. Pouls toujours faible, peu fréquent. Même presc.

22. L'érysipèle redevient plus intense sur la face et diminue au cuir chevélu; il n'y a pas eu de garde-robe depuis hier; même état général: un peu d'abattement.—Onctions mercurielles, lav. purg., vésic. aux cuisses.

23. Etat stationnaire de l'érysipèle, abattement plus considérable, pouls peu fréquent, faible; point de garde-robe. Même prescr.

24. Erysipèle stationnaire; abattement très considérable, parole lente et difficile, yeux hagards, fixes, pupille contractile, mais resserrée; respiration pénible, prolongée, profonde; pouls toujours faible, petit, un peu plus fréquent (84), une selle peu abondante.—Saignée de quatre palettes; onctions mercur. émét. en lavage.

25. Saignée couenneuse à caillot résistant, rétracté, nageant dans une sérosité abondante. Mêmes symptômes, mais plus graves; état presque comateux, subdélirium; très légères contractures dans les muscles de l'avant-bras; déglutition bruyante, presque impossible; une selle assez abondante; absence complète d'urines depuis vingt-quatre heures; pouls petit, toujours fréquent.—Même prescr., seulement l'émétique en lavement, à cause de la difficulté de la déglutition; cathétérisme qui donne environ seize à vingt onces d'urine.

26. Même état général; la malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; l'érysipèle s'étend à la partie postérieure du tronc et supérieure des épaules; la trachée ne se débarrasse qu'avec beaucoup de difficulté des mucosités qu'elle contient; pouls très-petit (à 85). Deux selles involontaires; absence d'urines. — Même prescr.

27. Même état. Même prescr.

28. Coma complet; râle trachéal. Morte à minuit.

Nécropsie.—Les cavités encéphaliques ne con-

tiennent que peu de sérosité transparente ; le cerveau offre une légère injection générale qui lui donne un reflet violacé.

Les autres organes sont en apparence sains ; la vésicule, très volumineuse, est distendue fortement par une bile brune.

Les ovaires contiennent plusieurs petits kystes remplis d'une matière gélatineuse et limpide.

Si de ce que les symptômes secondaires ne s'inoculent pas, on ne peut pas conclure qu'ils ne sont pas contagieux, pourra-t-on au moins, à l'aide de l'inoculation, distinguer ces symptômes secondaires des accidents primitifs? On l'a cru, mais à tort, comme nous le verrons plus loin.

Enfin, bien moins encore l'inoculation pourra-t-elle servir à distinguer les lésions qui appartiennent à la syphilis constitutionnelle d'avec celles qui lui sont étrangères, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, elle donnerait un résultat négatif. C'est pourtant dans ces circonstances qu'un moyen de diagnostic de plus aurait été utile, car c'est surtout dans quelques affections secondaires que le diagnostic de la syphilis est embarrassant.

Dans les accidents primitifs l'inoculation aurait, pour certains médecins, une grande importance ; mais, en réalité, elle en mérite une bien médiocre. Commençons par les chancres :

Certains ulcères, présentant une série de caractères qui les spécialisent et qu'on appelle chancres, s'inoculent; d'autres, présentant la même série de caractères, ne s'inoculent pas, voilà le fait. Pour en tirer une conclusion, il y avait deux partis à prendre. La plupart des auteurs ont, avec raison, attaché plus d'importance à l'ensemble des caractères qui distinguent le chancre qu'à la seule inoculation, et ils ont fondé son diagnostic sur cet ensemble de caractères. M. Ricord, ainsi que d'autres, a adopté une marche inverse et il a écrit cette inconcevable proposition (1): « Ce n'est, à la rigueur, ni parce qu'il a été contracté dans un *coït suspect*, ni à cause de son siége, ni par le plus ou moins d'induration de sa base, ni par la couleur, la consistance du fond, la coupe, le décollement, les callosités des bords et la teinte plus ou moins foncée de la marge, qu'on reconnaît d'une manière absolue, et de prime abord, dans tous les cas, le chancre, mais bien par le pus qu'il sécrète et l'empoisonnement auquel il peut donner lieu, toutes ces conditions pouvant varier, la sécrétion seule restant identique, ainsi que ses effets généraux consécutifs. » (*loc. cit. page* 91.) Ne serait-il pas aussi raisonnable de dire : Ce n'est, à la rigueur, ni parce qu'elle a été précédée d'une contagion, ni parce qu'à la contagion a succédé l'incubation, à celle-ci l'invasion avec tout son cortège, à l'invasion l'éruption, à l'éruption la suppuration avec ses pustules ombiliquées et sa fièvre secondaire, etc., que la variole est une variole, mais bien parce qu'elle s'inocule?

Ne semblerait-il pas qu'il n'y a d'autres moyens de reconnaître la nature spécifique des maladies que la seule inoculation, et que l'ensemble de leurs symptômes, réunis avec tant de soins par les divers observateurs, doit s'annihiler devant un seul autre? Ne semblerait-il pas que l'auteur de la proposition ignore, encore qu'on le lui ait déjà fait remarquer, qu'il y a des maladies spéciales, contagieuses même, qui ne sont nullement susceptibles de s'inoculer?

En émettant cette singulière opinion, M. Ricord n'a pas seulement combattu l'un des faits les mieux établis dans l'histoire de la syphilis, à savoir, le diagnostic du chancre primitif quand il possède tous ses caractères, il s'est encore fourvoyé dans un cercle vicieux qui tourne au détriment de sa propre doctrine ; en effet, si l'on ne peut reconnaître le chancre à des caractères positifs, on ne peut pas plus reconnaître la période de *progrès* ou de *statu quo*, qui n'est elle-même que l'état chancreux. De sorte que, si l'on vous demandait pourquoi tel chancre ne s'inocule pas, vous devriez répondre (dans le sens de M. Ricord) : Parce que la période de progrès n'existe plus. Que si l'on vous demandait comment vous savez que cette période n'existe plus, puisqu'elle n'a pas selon vous de caractères propres, vous devriez répondre : Parce qu'elle ne s'inocule pas. Ainsi le chancre ne s'inocule pas, parce que la période de progrès n'existe plus ; la période de progrès n'existe plus, parce que le chancre ne s'inocule pas. Je vous laisse à conclure ce que devient cette distinction rigoureuse de périodes de progrès et de réparation.

Que deviendra après ces périodes la transformation *in situ?* Est-il vrai que lorsqu'un chancre ne s'inocule plus ou ne s'inocule pas, sans que cependant il y ait de travail de cicatrisation, il soit dès lors transformé en symptôme secondaire? Je ne vois véritablement pas le rapport de ces deux propositions, ni comment l'une découlerait de l'autre. Si l'on veut retomber dans l'inconvénient du cercle vicieux et appeler symptôme secondaire tout chancre qui ne s'inocule pas, je le veux bien ; mais si l'on veut entendre, avec tout le monde, par symptômes secondaires les lésions dues à une infection générale, je ne vois pas, je le répète, en quoi l'impossibilité d'inoculer un chancre prouve

(1) J'ai dit proposition inconcevable : c'est beaucoup sans doute quand on considère ces mots : *d'un manière absolue, de prime abord, dans tous les cas,* qui rendent la proposition un peu plus orthodoxe ; mais j'ai jugé l'esprit plutôt que la lettre ; or, l'esprit est qu'il n'y a de diagnostic certain que celui qui est fondé sur l'inoculation. Si, au contraire, je me suis trompé ; s'il faut entendre par cette proposition qu'à la rigueur il peut exister des cas dans lesquels les moyens ordinaires de diagnostic sont insuffisants, je suis tout diposé à me relâcher de ma sévérité, et je n'en serai que plus satisfait.

cette infection. Comment serait-il possible, dans le cas que j'ai cité par exemple (obs. I), de croire que cette jeune fille fraîche, vigoureuse, jouissant de l'intégrité parfaite de toutes ses fonctions, fût, par cela seul qu'elle avait un chancre non inoculable, sous l'influence d'une infection générale?... C'est là une opinion admise d'autorité, *sic volo*, *sic jubeo*, que rien ne justifie, contraire même à toutes les probabilités.

De ce qu'un chancre ne s'inocule pas, s'ensuit-il qu'il n'est pas contagieux? Je n'ai et je ne connais aucun fait qui prouve directement le contraire, mais le raisonnement suffit pour résoudre la question : il est évident que, puisque les accidents secondaires peuvent bien être contagieux sans être inoculables, *à fortiori* doit-il en être de même des accidents primitifs. Ainsi, de ce que le pus fourni par une ulcération n'est pas inoculable, on ne peut conclure ni que cette ulcération n'est pas un chancre, ni qu'elle n'est pas contagieuse, ni qu'elle constitue un symptôme secondaire.

Si l'inoculation n'apprend rien quand elle est négative, apprend-elle, lorsqu'elle est positive, que la nature de la matière inoculée est syphilitique? Oh! cela est évident; la contagion prouvant la nature spécifique d'une maladie, si vous parvenez à rendre manifeste cette contagion, soit par l'inoculation, soit par un autre procédé, vous aurez démontré la spécificité. C'est là l'unique avantage de l'inoculation ; avantage bien faible, si l'on réfléchit que l'inoculation est positive seulement dans quelques accidents primitifs de la nature desquels il est presque toujours facile de s'assurer par d'autres moyens. Je dis presque toujours, parce qu'il existe, en effet, quelques cas rares où le diagnostic resterait incertain sans le secours de l'inoculation. Il s'est rencontré un cas semblable dans les huit observations que j'ai recueillies; je vais en donner connaissance.

Obs. V. — *A..., dix-neuf ans, couturière, célibataire, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais éprouvé que de courtes indispositions, entrée, le 21 mars 1840, salle St.-Bruno, n° 26.*

Il y a six mois que cette malade contracta un écoulement, qui survint quelque temps après le dernier coït, et qu'elle distingua des fleurs blanches auxquelles elle était habituellement sujette par sa coloration jaune verdâtre et par son abondance. Elle entra alors à l'hôpital de l'Ourcine, où elle resta pendant six semaines. Lorsqu'elle sortit, elle n'avait que très-peu d'écoulement blanchâtre; mais il devint plus abondant dès qu'elle fut sortie, et avant qu'elle se fût livrée au coït.

Il y a un mois que, pendant des rapports sexuels fréquemment répétés, un chancre se manifesta aux parties génitales; elle n'a fait pour le traiter que de simples lotions.

26 mars. Les petites lèvres, ainsi que l'enveloppe du clitoris, sont œdémaiées, et présentent une tuméfaction considérable; elles sont pour ainsi dire étranglées; elles présentent en divers points de petits sillons, semblables aux sillons de la paume des mains, qui ne sont que le commencement de fissures profondes de trois à quatre lignes que l'on découvre en écartant fortement les deux portions de petite lèvre dont le rapprochement forme le sillon dont j'ai parlé; les faces de ces profondes rainures offrent des ulcérations très-superficielles, qui n'ont point manifestement la coloration chancreuse, qui n'ont point non plus une coloration franchement rosée, dont la surface présente un peu l'aspect de la chair de poule et sécrète un liquide séreux très-rare. On inocule ce liquide à la cuisse gauche par une seule piqûre. Il paraît exister un peu d'écoulement vaginal. Crayon de nitrate d'argent sur les excoriations, bain de siége chloruré; compresses d'eau blanche sur la vulve; injections vaginales astringentes.

29. La pustule caractéristique s'est développée; on la cautérise avec le nitrate d'argent.

2 avril. L'œdème des petites lèvres est beaucoup diminué; on peut introduire le spéculum. Ecoulement vaginal crémeux un peu jaunâtre; un peu de rougeur du vagin; spéculum non douloureux; catarrhe utérin transparent très-peu abondant; col de douze à quatorze lignes de diamètre dans tous les sens, lisse et uni dans toute son étendue. On inocule à droite le liquide vaginal. Même moyen, plus deux pilules de proto-iodure de mercure.

10. Les nymphes sont presque complétement revenues à leur état normal; excoriations très-rétrécies, presque sèches; pustules d'inoculation rosées, tendant à la cicatrisation. Le reste à peu près dans le même état. Mêmes moyens.

21. Cicatrisation complète des excoriations et de la pustule d'inoculation; peu d'écoulement vaginal; le catarrhe utérin est plus abondant, verdâtre, et toujours transparent. Même médication.

8 mai. A la fourchette, une petite végétation; rougeur à peine plus que normale du vagin; écoulement vaginal parfaitement blanc, très-peu abondant; catarrhe utérin transparent, peu abondant; on touche avec le crayon de nitrate d'argent la petite végétation; même moyen ailleurs; on suspend les pilules de proto-iodure que la malade a prises jusqu'à ce jour sans éprouver aucun accident.

19. A peine d'écoulement parfaitement blanc; une petite végétation naissante entre la grande et la petite lèvre droite. Crayon de nitrate d'argent tous les jours sur les végétations.

4 juin. A la face interne des grandes lèvres et près de leur bord libre, trois saillies lenticulaires, peu élevées, plus rouges que la peau environnante, plus rouges au centre qu'à la circonférence, un peu humides. Cautérisation au nitrate d'argent tous les jours.

15. Les tubercules ont disparu.

20. Il n'existe plus de végétations, point d'écoulement vaginal; catarrhe utérin transparent médiocrement abondant.

7 juillet. La guérison persiste; on donne à la malade sa sortie. Elle s'est toujours bien portée. Les règles qui avaient paru à une époque anormale, depuis le 17 jusqu'au 20 mars, se sont ensuite montrées régulièrement les 9 mai, 10 juin, et 6 juillet. La malade n'a jamais eu d'enfant.

Il résulte de cette observation que des ulcérations qui ne présentent pas manifestement l'état chancreux peuvent néanmoins sécréter le virus syphilitique. Est-ce une raison pour faire usage de l'inoculation dans les cas ordinaires de la pratique, chaque fois

que l'on sera embarrassé pour établir un diagnostic? Si l'inoculation était exempte de tout inconvénient, je dirais oui, parce qu'il est toujours satisfaisant et utile de pouvoir établir un diagnostic; mais elle en a et de très graves, et dès lors je dis non, et pour plusieurs motifs:

1° Parce que, si l'inoculation ne réussit pas, vous ne serez pas plus avancé qu'auparavant; car, je ne saurais trop le répéter, il y a des lésions syphilitiques contagieuses qui ne s'inoculent pas, et alors votre inoculation n'aura servi à rien;

2° Parce que, si l'inoculation réussit, on aura ajouté un chancre à celui ou ceux que le malade avait déjà, et que, quant au traitement, il n'y aura absolument aucune modification à y apporter, au moins pour ceux qui ne croient pas à l'efficacité du mercure dans les accidents primitifs, et, de même que M. Ricord, je partage cette opinion, que j'aurai occasion de démontrer dans une autre circonstance. Je vais plus loin, j'admets que vous soyez sûr de l'efficacité du mercure ou d'un autre moyen; eh bien, si vous êtes incertain sur la nature de la maladie que vous avez à combattre, si vous avez lieu de croire qu'elle fait partie de celles dans lesquelles le mercure est utile, donnez simplement le mercure; car il y a bien moins d'inconvénients à administrer sagement le mercure à un malade qu'à lui donner un chancre.

Certains bubons s'inoculent, d'autres ne s'inoculent pas. Quelle conséquence a-t-on tiré de ce fait? Une conséquence très fausse que voici: Tous les bubons qui s'inoculent sont syphilitiques (et cette proposition est vraie); tous ceux qui ne s'inoculent pas sont sympathiques, dans celle-ci est l'erreur. J'ai déjà suffisamment démontré, je crois, qu'un symptôme non inoculable peut être syphilitique, pour qu'il soit inutile d'y insister davantage.

Je ferai voir, dans un article spécial sur les bubons, qu'il faut se fonder, pour établir leur diagnostic, sur d'autres considérations que l'inoculation, et que ces considérations, ainsi que l'inoculation elle-même, conduisent à une opinion différente de celle que professe M. Ricord. Pour le moment, qu'il me suffise d'établir que l'inoculation, comme l'ont très bien dit MM. Cullerier et Ratier, est un moyen de diagnostic vicieux, et qui d'ailleurs ne saurait s'appliquer aux bubons non abcédés.

Comme les chancres non inoculables, les tubercules plats ne s'inoculent pas; comme eux, selon toutes les probabilités, ils appartiennent aux symptômes primitifs; comme eux ils sont contagieux; je n'aurais donc, à propos de ces tubercules, qu'à renvoyer à ce que j'ai dit des chancres en question, si je ne voulais, à l'occasion de leur contagion, ajouter quelques mots sur la contagion syphilitique en général. Comme je n'ai jamais voulu fonder la valeur d'une observaion sur les seuls renseignements, je n'ai pu recueillir aucun fait qui prouve d'une manière incontestable la propriété contagieuse des tubercules plats, et l'on conçoit que cela est à peu près impossible dans un hôpital, où l'on ne voit que l'un des deux malades entre lesquels s'est exercée la contagion; mais j'en ai recueilli beaucoup qui la rendent très probable; elle est d'ailleurs admise si généralement, elle est si conforme à ce que l'on sait des autres symptômes syphilitiques, que l'on a toutes les probabilités possibles pour l'admettre. M. Ricord semble l'avoir admise une fois pour la rejeter ensuite toujours, ce qui s'explique facilement en songeant aux nécessités que lui imposait sa doctrine. Voici ce qu'il a écrit à ce sujet: «... et cependant la contagion du tubercule muqueux semble chose prouvée, et, chez quelques individus, il paraît être le premier symptôme par lequel débute la syphilis. Mais, contagieux par un *procédé vital, insaisissable, et qu'on ne peut expliquer*, le tubercule muqueux ne peut être transmis par voie d'inoculation.» (*Loc. cit.*, pag. 152.) C'est en effet là tout le mot de l'énigme, et ce n'était pas la première fois qu'on était sur le chemin de la vérité; on avait déjà senti le besoin de certaines conditions pour que l'inoculation fût possible, lorsqu'on a écrit: « Pour que le virus vénérien agisse, il faut des conditions de tissu, et l'expérience m'a prouvé que les surfaces de vésicatoire en particulier avaient beaucoup de peine à s'inoculer.» (*Loc. cit.*, pag. 31.) Ces observations étant exactes, comment donc a-t-on pu écrire cette proposition: « Pour produire le chancre il n'est pas besoin d'orgasme, de désirs, d'acte vénérien, ni d'excitation préalable de la partie qu'on va inoculer.» (*Loc. cit.*, pag. 91.) Je puis vous répondre que vous n'en savez rien, pas plus que moi, pas plus que personne. Qu'il y ait besoin d'orgasme, de désirs, d'acte vénérien, d'excitation, ce sont là autant d'hypothèses que chacun peut imaginer à son gré; ce qu'il y a de positif, d'incontestable, c'est qu'il faut, pour la transmission de certains symptômes, autre chose que les conditions d'une simple inoculation, et que c'est cette autre chose qui se rencontre dans la contagion naturelle.

Doit-on admettre, parce que le tubercule muqueux ne s'inocule pas, qu'il constitue, dans tous les cas, un symptôme secondaire? Je dirai encore ce que j'ai dit à l'occasion des chancres non inoculables: Cette opinion n'a d'autre fondement que l'autorité du *sic volo, sic jubeo;* or, pour cette autorité, la science n'a aucun égard; elle ne reconnaît d'autre autorité que celle des faits, et les faits ne permettent pas, dans tous les cas, d'admettre une semblable opinion.

J'ai dit qu'il y avait plusieurs points de vue sous lesquels on pouvait considérer ce qui est relatif à l'inoculation de la blennorrhagie.

1° On a voulu, par l'inoculation de la blennorrhagie, produire une autre blennorrhagie. J'ai dit comment on y était parvenu; d'une

part donc, la blennorrhagie est inoculable; de l'autre, personne n'ignore qu'elle est contagieuse. Comment expliquer alors que ceux mêmes qui se fondent, avec raison, sur l'inoculabilité du pus syphilitique pour admettre l'existence d'un virus, ne tiennent plus, à propos de la blennorrhagie, aucun compte de cette inoculabilité, et qu'ils admettent que cette maladie n'est qu'une simple inflammation catarrhale, susceptible de se développer sous l'influence de toutes les causes qui déterminent ordinairement ces inflammations? Est-ce que sérieusement on a pu croire que l'écoulement produit par l'introduction d'une sonde dans l'urètre, et l'écoulement contracté dans un coït infectant ne fussent qu'une seule et même maladie? Evidemment il n'y avait pas plus de raisons pour nier la spécificité de la blennorrhagie que pour nier celle du chancre, même en ne consultant que l'inoculation. Il ne restait d'autre ressource que de contester l'identité de nature de ces spécificités : c'est le parti qu'ont pris certains auteurs, parmi lesquels Benj-Bell tient le premier rang.

Ces auteurs ont vu ou cru voir que l'inoculation de la blennorrhagie ne donnait jamais lieu à des chancres, et de là ils ont argué que la nature de la blennorrhagie était différente de celle du chancre.

D'abord, nous avons vu qu'il n'est pas démontré que l'inoculation de la blennorrhagie ne produise jamais de chancre ; mais je suppose même que ce résultat soit vrai, croit-on par là être autorisé à conclure que la blennorrhagie n'est pas syphilitique? Nullement, pas plus qu'on ne pourrait conclure que les ulcères de la gorge, que les syphilides, que les exostoses, que les tubercules muqueux ne sont pas syphilitiques. Ou bien l'on veut donner à l'inoculation une valeur absolue, et alors on doit nier la nature syphilitique de tous les symptômes qui ne s'inoculent pas; ou bien on ne lui accorde qu'une valeur relative, et alors on doit fonder son jugement sur d'autres considérations. Or, ces autres considérations prouvent que la blennorrhagie est de nature syphilitique. On a cité des faits où une simple blennorrhagie avait communiqué des chancres; ces faits, on les a contestés, à tort ou à raison, il est vrai; mais il n'entre pas dans mon but de les discuter ici, et je ne prétends pas m'en servir. On a cité aussi des cas dans lesquels des chancres avaient produit une blennorrhagie, et de ceux-ci, je m'en servirai d'autant mieux que ceux-là même qui ont nié l'identité de nature de la blennorrhagie et du chancre les ont reconnus pour vrais, sauf à les expliquer à leur manière. Oui, ont-ils dit, le pus du chancre peut produire la blennorrhagie, mais alors il agit comme irritant général. Or, cette manière d'expliquer les faits est absolument vicieuse; c'est toujours la conséquence de cette autre opinion qui consiste à regarder la blennorrhagie comme une simple inflammation catarrhale, opinion essentiellement fausse, contraire à l'observation de tous les jours, contraire à tous les faits (1). Le chancre ne produit point une simple inflammation catarrhale; il produit une blennorrhagie vraie, c'est-à-dire une maladie contagieuse, une maladie inoculable même, une maladie spécifique enfin : or, pour produire une maladie spécifique, il faut l'agent, la cause de cette spécificité, il faut le virus; donc le chancre renferme cette cause, ce virus; donc enfin le chancre et la blennorrhagie sont de même nature.

Il est d'autres faits qui prouvent la nature syphilitique de la blennorrhagie; ce sont les symptômes consécutifs observés à la suite de cette affection. Je sais bien que les cas qu'on en a donnés ont été attribués à des erreurs de diagnostic. C'est assurément faire bon marché des observations d'autrui; eh bien ! je démontrerai dans une autre occasion, et par des faits plus précis que ceux qu'on a rapportés, et par des considérations qu'il serait trop long et hors de mon sujet de développer ici, que ces observations étaient exactes, et qu'enfin la blennorrhagie et le chancre sont deux affections qui dépendent d'une même cause.

Tout ce qui précède conduit aux conclusions suivantes :

Lorsqu'on a inoculé une affection quelconque et que le résultat a été négatif :

1° On ne peut pas conclure que cette affection n'est pas syphilitique;

2° On ne peut pas conclure qu'elle constitue un symptôme de syphilis constitutionnelle;

3° On ne peut pas conclure qu'elle n'est pas contagieuse.

Lorsque le résultat a été positif :

4° On doit conclure que la maladie inoculée est syphilitique;

5° Mais les cas dans lesquels l'inoculation est positive sont ceux dont il est le plus facile de reconnaître la nature par d'autres moyens que l'inoculation;

6° Lors même qu'il resterait des doutes sur leur nature, ce ne serait pas une raison pour pratiquer l'inoculation;

7° Enfin l'inoculation est une chose inutile.

---

(1) Je ne pense pas qu'une inflammation déterminée par un simple excitant puisse fournir une sécrétion inoculable, et en cela je ne fais qu'émettre une opinion presque certaine, tant elle est probable. Cependant il ne serait peut être pas inutile d'avoir sur ce sujet une série d'expériences dont les résultats seraient toujours intéressants. Je dois seulement dire que, quels que fussent ces résultats, ils ne pourraient changer mon opinion sur la nature de la blennorrhagie, attendu que cette opinion est fondée sur des faits d'un autre ordre parfaitement concluants.

CHAPITRE III.

INCONVÉNIENTS DE L'INOCULATION.

Si l'inoculation est sans avantages, elle n'est pas sans inconvénients : en premier lieu, selon toutes les probabilités, elle augmente les chances d'infection générale ; en second lieu, elle détermine quelquefois des accidents locaux qui sont eux-mêmes plus graves que la maladie primitive.

On a cru répondre à la première objection en disant que des faits observés pendant six ans prouvaient qu'elle n'avait aucun fondement. Mais quels sont ces faits, et où sont-ils? Est-ce dans les hôpitaux qu'on a pu les recueillir? Dans les hôpitaux où l'on voit les malades pendant qu'on les traite, où on les perd ensuite complètement de vue! On comprend combien de semblables observations offrent de difficultés, et combien une simple assertion est insuffisante pour en prouver la valeur. Or, à cette simple assertion que peut-on opposer? Une loi de physiologie, une loi qui enseigne que plus une surface absorbante a d'étendue, plus l'absorption est considérable, plus elle est à redouter. Cette loi est-elle sans exception, et ne peut-il pas exister dans la maladie syphilitique des conditions telles que, quelle que soit l'étendue de la surface primitivement infectée, l'absorption du virus ne pourra avoir lieu qu'après une certaine durée? Assurément personne ne peut dire que cela ne soit pas possible, car le champ du possible est si vaste ; mais enfin cela n'est ni prouvé ni probable, et c'est toujours un grand tort de baser sa conduite sur une hypothèse qui, si elle ne se trouve pas vraie (et c'est souvent le sort des hypothèses) entraîne après elle les plus fâcheuses conséquences.

Mais si cet inconvénient n'est que très-probable, en voici un autre qui est très-certain. L'observation III a montré combien l'on avait eu de peine à obtenir la cicatrisation des inoculations pratiquées ; cette observation avait déjà fortement ébranlé la confiance que nous avions dans l'innocuité de l'inoculation, l'observation suivante nous détermina à y renoncer pour jamais.

Obs. VI.— *B.... C...., 22 ans, lingère, célibataire, robuste, un peu sanguine, n'ayant jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'autres maladies, réglée à 12 ans et demi, et, depuis, régulièrement chaque mois, jusqu'à 22 ans ; à cette époque, elle a eu un enfant, et, depuis, ses règles ne paraissent que toutes les six semaines. Entrée le 28 mars 1840.*

Il y a dix jours, huit jours après le dernier rapport sexuel, elle s'aperçut qu'un bouton s'était développé à la partie à la suite de ses règles ; il ne parut point d'écoulement. Elle n'a fait que de simples lotions.

30 mars. A l'extérieur, deux boutons très saillants, l'un dans le pli cruro-vulvaire droit, l'autre à la partie la plus interne du pli inguinal gauche ; ils sont tous deux ombiliqués, et le premier présente au centre un point blanc formé par une matière concrète. — A l'intérieur, sur la paroi antérieure du vagin, et à gauche, à un pouce et demi de l'orifice vaginal, deux petites ulcérations chancreuses, l'une d'une ligne, l'autre d'une ligne et demie de diamètre ; du côté opposé, et à six lignes seulement de l'anneau vulvaire, autre chancre de trois à quatre lignes de diamètre. On inocule à droite, par deux piqûres, le liquide très rare fourni par les chancres vaginaux, et à gauche, par une seule piqûre, celui du chancre qui siége près de l'entrée. — Point d'écoulement, un peu de rougeur à la lèvre postérieure du col, près de la commissure gauche. Cautérisation des chancres. Tampon de vin aromatique dans le vagin.

2 avril. Les trois inoculations ont donné la pustule caractéristique ; on les cautérise avec le nitrate d'argent ; même traitement pour le reste.

4. Les chancres du vagin sont réduits à deux points rouges ; la rougeur qu'on observait sur la lèvre postérieure est devenue un chancre de deux à trois lignes de diamètre ; le chancre de l'entrée s'est élevé et cicatrisé un peu vers la circonférence ; au centre il reste gris. Même traitement, plus deux pilules de proto-iodure.

8. Il ne reste que de la rougeur à la place des deux chancres du vagin ; celui de l'entrée s'est encore rétréci, mais il est toujours gris au centre ; il en est de même de celui du col ; les deux inoculations de droite sont presque cicatrisées ; celle de gauche, au contraire, s'étend ; les deux boutons sont très affaissés. Même traitement.

18. Il ne reste plus de traces des chancres du vagin ; celui de l'entrée est rosé dans toute son étendue et n'a guère que deux lignes de diamètre ; celui du col est encore un peu gris au centre. Les inoculations de droite sont cicatrisées ; celle de gauche est toujours grise, un peu indurée et large de six lignes. Mêmes moyens. Pansements à l'onguent mercuriel.

22. Le chancre de l'entrée est complètement cicatrisé ; celui du col est partout transformé en ulcération simple ; par l'orifice du col, quelques gouttes de catarrhe utérin transparent. Le chancre d'inoculation s'est encore étendu et induré ; il fournit une sécrétion sanieuse et abondante ; sa surface est fongueuse, élevée ; il est très douloureux. Cautérisation du col avec la solution de nitrate d'argent ; pansement au laudanum du chancre d'inoculation.

25. Chancre d'inoculation moins douloureux ; il s'est formé à l'anus une petite fissure à aspect chancreux. Crayon sur la fissure et sur le chancre ; même pansement.

29. Toujours un peu d'ulcération rose au col ; la fissure de l'anus est encore grise ; la surface du chancre d'inoculation est un peu moins élevée, moins fongueuse, mais elle s'est encore étendue, et présente un pouce dans son plus grand diamètre, et huit à neuf lignes dans le plus petit ; les douleurs sont maintenant peu intenses. Mêmes moyens.

7 mai. L'ulcération du col est très superficielle ; quelques granulations rouges non ulcérées, répandues sur le col ; chancre de l'anus élevé, commençant à se cicatriser vers les bords, mais encore gris au centre. La plaie d'inoculation encore moins fongueuse, surtout vers les bords ; elle est encore un peu grisâtre et sécrète un pus séreux, roussâtre. On continue les mêmes moyens.

10. La fissure n'offre plus qu'une plaie simple, qui s'est encore rétrécie ; elle n'a actuellement qu'une ligne de large sur trois ou quatre de long. La plaie d'inoculation n'offre plus de surface grisâtre ; la suppuration en est meilleure, quoique n'offrant pas encore le caractère du pus louable ;

elle paraît se mettre en voie de cicatrisation vers la circonférence. Toujours un peu d'ulcération granulée à la commissure gauche du col. Point d'écoulement. La malade exige sa sortie.

La malade a toujours pris sans interruption les deux pilules de proto-iodure; elle n'en a éprouvé d'autres accidents que, pendant une quinzaine de jours, quelques douleurs vagues ou plutôt un peu de malaise dans l'estomac. Ses règles ont paru une fois, le 16 avril, à leur époque régulière ; toutes les fonctions se sont conservées dans leur état normal; la malade a toujours mangé les trois quarts d'aliments (1).

Dans l'observation III nous avions encore pu croire, quoique bien difficilement, que les accidents que nous avions observés étaient peut-être dus à quelque négligence dans le traitement de la malade. Dans l'observation VI il fut impossible de se faire illusion. Les soins assidus qui furent prodigués à cette malade, son excellente constitution, tout nous prouvait que les accidents n'étaient dus qu'à des conditions organiques occultes qu'il est impossible jusqu'à présent de prévoir et de prévenir.

C'est alors que je fus curieux de savoir si d'autres que nous n'avaient point éprouvé des accidents semblables. J'analysai les observations de M. Ricord, et voici ce que je trouvai :

Le nombre d'inoculations positives qui se trouvent tant dans la section des chancres que dans celle des bubons, s'élève à cinquante-huit. Sur ces cinquante-huit cas, trente-quatre fois la durée de la plaie produite par l'inoculation est demeurée indéterminée; dans les vingt-quatre cas où elle a été notée, voici quelle a été cette durée :

Section des chancres.

N° DES OBSERVATIONS.	JOURS DE DURÉE.
1	51
4	27
5	25
6	27
9	42
10	87
11	42
12	25
13	15
17	11
20	45
21	
22	10
25	30
35	13
37	6

Section des bubons.

N° DES OBSERVATIONS.	JOURS DE DURÉE.
2	43
19	8
20	33
21	25
22	16
25	20
28	23
29	30

Minimum	6
Maximum	87
Moyenne	27

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires, ils parlent plus haut que tous les discours. Comment, lorsqu'on a obtenu de semblables résultats, peut-on encore croire à l'innocuité de l'inoculation? Comment! vous saurez qu'en inoculant un malade vous lui donnerez presque certainement un chancre qui durera vingt-sept jours; vous lui occasionnerez des cicatrices apparentes plus ou moins incommodes; vous l'exposerez à des décollements, à des gangrènes partielles de la peau, peut-être à quelque chose de pire encore, et ce sera là une pratique sans inconvénients! Il faut en vérité être singulièrement entêté d'un système pour voir les choses de cette façon! Et que l'on ne se méprenne pas : Je n'attaque ici la moralité de personne, je ne combats que des erreurs, des erreurs funestes, il est vrai, mais enfin des erreurs auxquelles tout homme est exposé. Il n'y a pas plus d'immoralité, pas plus d'infamie à inoculer un chancre qu'à saigner un malheureux phthisique dont la vie s'écoule avec le sang; mais dans l'un et dans l'autre cas il y a erreur, erreur funeste, erreur qu'il est du devoir de tous de combattre dès qu'elle est reconnue. Telle est la tâche que je me suis imposée.

En résumé :

1° Selon toutes les probabilités, l'inoculation des symptômes primitifs augmente les chances d'infection générale.

2° Elle produit des accidents locaux qui ont toujours des inconvénients et qui sont quelquefois très graves.

3° Enfin, conclusion finale, l'inoculation est une pratique inutile et nuisible.

H. DE CASTELNAU.

(1) Cette observation nous a présenté le seul cas de chancres du vagin et du col que nous ayons vu pendant toute l'année, dans un service de quatre-vingt-quatre lits. Un seul cas de chancre du col a été observé dans les deux autres services : c'est celui qui m'a été donné par mon ami d'Astros. Nous verrons ailleurs à quels résultats importants peut conduire la statistique comparée de ces chancres avec celle des chancres contractés avec une femme n'ayant à l'examen extérieur qu'une blennorrhagie. Nous verrons combien est grande l'erreur de ceux qui ne veulent voir dans la statistique médicale, dans cette belle conquête de la science moderne, qu'un trompeur et stérile calcul.

II. Revue clinique des principaux faits chirurgicaux observés à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Parmi les nombreux cas de fractures que nous observons chaque année à l'hôpital de Clermont, il en est quelques-unes qui se présentent trop rarement pour que nous laissions échapper l'occasion de les signaler; aussi avons-nous cru devoir insister sur les circonstances qui les ont accompagnées et suivies, afin que l'on pût comparer leurs symptômes avec ceux qui sont décrits dans les principaux traités de pathologie chirurgicale, *voir en quoi ils diffèrent* des faits déjà connus.

Fracture du sacrum n'ayant déterminé aucune lésion dans la sensibilité et la myotilité des organes *où se distribuent les nerfs sacrés.*

Le nommé Gargaille, cultivateur, habitant la commune de Beaumont, est âgé de trente-huit ans et doué d'une constitution vigoureuse. Il jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il fit, le 18 novembre 1839, une chute de la hauteur de dix à douze pieds. La partie postérieure du tronc et la fesse gauche heurtèrent une solive placée dans une cave qu'il cherchait à recouvrir, et au fond de laquelle il tomba. Le blessé se plaignit d'éprouver à l'instant même une douleur vive dans la partie qui avait supporté le poids du corps; elle augmentait par la station verticale, et prenait surtout un degré d'acuité prononcé lorsqu'il cherchait à fléchir le tronc. Quelques sangsues furent appliquées, des cataplasmes émollients furent placés sur la partie malade: néanmoins le blessé en éprouva peu de soulagement, aussi se décida-t-il à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont; il y fut reçu le 22 novembre 1839.

Le point où la douleur se faisait sentir était limité à la partie postérieure et supérieure de la fesse gauche, un peu en dehors de la crête de l'os des iles; on observait en effet, dans cette région, une tuméfaction légère, assez mal circonscrite; le toucher n'y révélait de la sensibilité que lorsque les doigts pressaient la partie la plus saillante de la tumeur; la couleur de la peau n'était pas altérée, il n'y existait aucune trace de contusion.

La sensibilité et la myotilité étaient parfaitement conservées dans les membres inférieurs, ainsi que dans les organes placés dans l'excavation pelvienne. L'intégrité de ces parties était loin de faire soupçonner des désordres aussi étendus que ceux que l'on a observés plus tard.

On prescrivit une nouvelle application de sangsues, le malade prenait matin et soir un demi-bain, les cataplasmes émollients furent continués, et bientôt, sous l'influence de cette médication, on observa une amélioration assez prononcée. Malheureusement elle ne fut pas de longue durée; la douleur devint plus vive et résista à une nouvelle émission sanguine, la tension de la fesse se prononça davantage et l'on crut y sentir de la fluctuation; il n'y eut bientôt plus moyen de conserver des doutes, et l'on dut chercher à donner issue au liquide contenu dans le foyer.

(5 décembre.) L'abcès fut ouvert; le bistouri, que l'on plongea dans la tumeur, fut enfoncé très profondément pour arriver jusqu'au siége du mal. Quelques gouttes de pus mêlé à du sang se firent alors jour sur les côtés de la lame de l'instrument; l'ouverture fut agrandie, et elle donna issue à du pus blanchâtre assez mal lié. Une mèche de charpie fut ensuite introduite dans la plaie pour en tenir les lèvres écartées, mais on fut bientôt forcé d'y renoncer, car la présence de ce corps étranger avait déterminé du gonflement et augmentait la douleur. Dans la journée le malade se trouva mieux, mais le 7 il eut des frissons qui se reproduisirent dans les journées du 8 et du 9. Dès ce moment la fièvre se développa, le pouls prit de la fréquence, la figure tarda point à s'altérer, et le pus qui s'échappait par l'ouverture pratiquée à l'abcès contracta une odeur fétide que l'on ne faisait disparaître qu'en injectant à plusieurs reprises du chlorure étendu d'eau. Des bulles d'air s'échappaient à chaque pansement.

Le 11 et le 12 le malade accusa des douleurs dans les bras et dans les jambes; l'avant-bras droit devint le siége d'un engorgement qui en occupait toute la face antérieure. Il succomba dans la matinée du 13 décembre.

Autopsie. — Il existe dans les deux côtés de la poitrine un épanchement séreux; le liquide, qui est peu abondant, est mêlé à des flocons albumineux qui tapissent le bord postérieur du poumon droit; un petit abcès métastatique s'observe dans ce point. Dans les parties environnantes, le parenchyme de l'organe présente une couleur violacée.

Aucune altération ne s'observe dans les organes contenus dans la cavité abdominale.

Des foyers purulents existent dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles fessiers, et l'on arrive, en glissant le doigt sous la courbure du sacrum, à une fracture dont on ne peut pas encore préciser exactement le siége, mais que l'on reconnaît à la saillie formée par les bords de la solution de continuité. Le pus ne s'était pas fait jour dans l'excavation pelvienne.

Le sacrum n'a pu être bien examiné qu'après avoir été détaché et dénudé des parties molles qui le recouvraient; on vit alors qu'il était brisé en travers, au niveau des seconds troncs sacrés antérieurs. Le fragment inférieur a exécuté un mouvement de bascule par suite duquel l'extrémité coxigienne a été repoussée à droite. Les nerfs sacrés, placés au milieu des parties enflammées et bai-

gnés par le pus, ont conservé leur couleur et leur consistance.

Les auteurs qui ont décrit les fractures du sacrum se sont peu étendus sur leur diagnostic. Ils se bornent à dire qu'elles s'observent rarement, qu'elles ne peuvent être l'effet que d'une cause qui agit avec une grande énergie, et que les fonctions de cet os, ainsi que ses rapports avec les nerfs sacrés, doivent les rendre très graves.

Ce n'est assurément pas d'après l'exemple que nous avons sous les yeux que nous pouvons dissiper l'obscurité qui règne sur ce sujet. Aucun des symptômes observés ne pouvait nous mettre sur la voie du diagnostic. Ce n'est point la hauteur du lieu d'où le malade est tombé qui pouvait nous faire penser qu'il existait une fracture au sacrum, puisqu'il n'est tombé que de la hauteur de 8 ou 10 pieds ; on sait d'ailleurs que cet os se brise rarement, quoiqu'il soit placé superficiellement ; son épaisseur, la nature de son tissu, son enclavement entre des os très forts, le mettent à l'abri de ces sortes de lésions.

Les symptômes que nous observâmes ensuite n'étaient pas de nature à nous éclairer davantage, car le blessé n'accusait aucune douleur dans le point correspondant à la fracture, c'était en dehors de la crête de l'os des iles qu'elle se faisait sentir, et elle ne devint bien vive que lorsqu'une collection purulente succéda à l'inflammation des parties molles qui recouvraient l'os ; il était donc plus naturel de penser qu'il n'y avait qu'une simple contusion.

Le traitement est, il est vrai, le même, quelle que soit l'affection qui existe; mais si cependant l'existence d'une fracture était hors de doute, on condamnerait les parties à un repos bien plus absolu que si l'on croyait n'avoir à traiter qu'une lésion des téguments ou des organes placés entre eux et les os; peut-être que, sous l'influence d'une médication antiphlogistique énergique, on pourrait, lorsque la fracture est aussi simple que celle que nous avons eue sous les yeux, en obtenir guérison.

Quant à la paralysie signalée par les auteurs comme une conséquence forcée d'une solution de continuité du sacrum, nous avons vu qu'on ne l'observait pas dans tous les cas.

Fracture de la grosse tubérosité de l'humérus. — Félure du coronal. — Luxation du bras en avant.

Le nommé Achard, âgé de vingt-deux ans, s'était endormi, le 13 novembre 1839, sur un char chargé de planches qu'il conduisait au marché; il en fut renversé et glissa sous les roues qui lui pressèrent fortement le côté gauche de la tête et l'épaule du même côté. Le coronal fut mis à nu dans une grande partie de son étendue, et l'humérus, chassé de la cavité glénoïdale, glissa sous le grand pectoral où sa tête faisait une saillie, qui ne put être méconnue par l'élève de garde qui en opéra la réduction. Cette opération fut, dit-il, des plus faciles; quelques tractions suffirent pour ramener la tête de l'humérus dans la cavité d'où elle était sortie.

Lorsque nous vîmes, le lendemain, le blessé à la visite, il nous dit qu'il n'avait point perdu connaissance et qu'il aurait même voulu retourner dans son pays, quoiqu'il en fût éloigné de quatre lieues. Un vaste lambeau détaché de la moitié gauche du coronal laissait cet os à découvert jusqu'au rebord qui limite la fosse temporale ; il fut relevé et assujéti au moyen de quelques bandelettes de diachylum gommé.

Le premier jour, le malade fut assez bien; il se fit néanmoins, à deux reprises différentes, une hémorrhagie par la plaie, et quoiqu'une compression légère ait suffi pour l'arrêter, elle n'en affaiblit pas moins le blessé.

La suppuration que fournissait la plaie devint très abondante au bout de quelques jours, ce qui contribua encore à augmenter l'état de faiblesse dans lequel les hémorrhagies l'avaient jeté.

Quelques frissons ne tardèrent pas à se montrer, la peau prit une teinte ictérique, la respiration s'embarrassa et la mort survint quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, Achard n'avait pas accusé de douleurs bien vives à l'épaule, et cependant les désordres que l'on y observa étaient très étendus.

L'autopsie fut faite le 27 novembre.

On trouve dans la partie du coronal, qui a été mise à nu, une fracture se présentant sous la forme d'une félure beaucoup plus apparente à la face interne qu'à la face externe de l'os. Les circonvolutions cérébrales qui répondent à cette solution de continuité présentent des traces de contusion et sont ramollies dans une petite partie de leur étendue ; entre elles et la pie-mère est épanchée une couche de matière purulente, qui se présente sous la forme d'une pseudo-membrane qui unit assez fortement les méninges à la partie des hémisphères qu'elles recouvrent; la lésion, du reste, est locale et ne s'est pas étendue aux autres parties de l'encéphale. La substance cérébrale n'est point piquetée et n'offre aucune trace d'inflammation.

Le poumon du côté droit présente, à sa partie postérieure, deux abcès métastatiques qui ont le volume d'un pois seulement.

Les organes contenus dans la cavité abdominale sont intacts.

L'état dans lequel devait être l'articulation scapulo-humérale offrait surtout un grand intérêt.

Une petite quantité d'un sang noirâtre est infiltrée dans le tissu cellulaire qui sépare le deltoïde de la peau.

Le grand pectoral et le deltoïde, coupés à leurs attaches humérales, ont été relevés pour mettre à découvert les surfaces articulaires; du sang est aussi épanché en assez grande quantité entre le grand et le petit pectoral et entre celui-ci et les vaisseaux

axillaires qu'il recouvre. Dès que ces parties ont été mises à nu, on a pu suivre facilement le trajet qu'a dû parcourir la tête de l'humérus, lorsqu'elle a abandonné la cavité glénoïdale de l'omoplate; elle a glissé sous les deux portions du muscle biceps, sous le coraco-brachial, le petit pectoral; elle a déchiré le tendon du sous-scapulaire, et au lieu de venir s'arrêter entre lui et la fosse du même nom, comme on l'observe dans les luxations axillaires, elle s'est placée entre le sous-scapulaire et le grand dentelé, derrière le petit pectoral et au dessus des vaisseaux axillaires qu'elle a même très fortement refoulés en bas.

La grosse tubérosité de l'humérus a été brisée, séparée du corps de l'os, et entraînée en haut et en arrière par les muscles qui s'y insèrent.

On se rend compte maintenant de l'extrême facilité avec laquelle la réduction a dû s'opérer, car tous les muscles qui se fixent à l'extrémité supérieure de l'os du bras avaient été rompus, et cessaient d'agir. Le sous-scapulaire était déchiré à son insertion à la petite tubérosité de l'humérus, les sus-épineux, sous-épineux et petit rond n'exerçaient leur action que sur le fragment détaché de l'extrémité supérieure de l'os. On ne retrouvait des traces de la capsule fibreuse qu'au pourtour de la cavité articulaire du scapulum.

La fracture de la grosse tubérosité de l'humérus ne pouvait être l'effet que d'une cause directe, elle a dû agir avec une grande énergie pour chasser la tête de l'os de la cavité avec laquelle il s'articule, après en avoir brisé une des éminences.

Quant à la solution de continuité qui existait au coronal, elle nous a reproduit un de ces exemples si nombreux de fractures des os du crâne, que l'on désigne sous le nom de félure.

FLEURY, fils,
D. M. C. en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

III. Observations relatives à quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez l'enfant.

(*Suite*) (1).

Nous allons actuellement citer un fait où, à la suite des symptômes de l'affection typhoïde, nous n'avons trouvé d'autre altération des voies digestives qu'un ramollissement blanc très-étendu de la membrane muqueuse de l'estomac, de la fin de l'intestin grêle et de tout le gros intestin.

OBS III.—*Enfant de quatorze ans, à Paris depuis deux ans. Entré au quatrième jour d'une fièvre typhoïde qui avait été précédée de dévoiement pendant dix jours. A l'hôpital, mouvement fébrile qui va toujours en augmentant. Sudamina nombreux. Taches lenticulaires; les premières se montrent le dixième jour de la maladie, les dernières ont disparu le dix-neuvième. Dévoiement intense; douleurs épigastriques; bronchite; symptômes cérébraux; céphalalgie; délire la nuit; carpologie les derniers jours. Aphonie et douleurs laryngées le vingt-troisième jour. — Mort. — A* l'autopsie : *laryngite pseudo-membraneuse. Abcès du poumon. Pneumonie partielle. Ramollissement blanc de la membrane muqueuse de l'estomac, des cinq derniers pieds de l'iléon et de tout le gros intestin.* Plaques de Peyer *parfaitement saines. Rate assez friable. Œdème de deux ganglions mésentériques.*

Chassagne (Isidore), âgé de quatorze ans, entra le 23 juin 1840 à l'hôpital des Enfants et fut couché au n° 26 de la salle Saint-Jean.

Nous apprîmes de l'enfant que, arrivé à Paris il y a deux ans, il exerçait depuis cette époque la profession de peintre en bâtiment. Il avait à plusieurs reprises éprouvé de légères coliques, mais n'avait jamais été obligé de garder le lit. Sa nourriture était bonne, il habitait dans une chambre bien aérée et aucune cause ne pouvait expliquer la maladie actuelle.

Dix jours avant le début de la maladie pour laquelle il entrait à l'hôpital, il avait été pris de dévoiement qui avait disparu à la suite d'une application de sangsues; il ne s'était point alité, n'avait pas eu de fièvre, mais se sentait peu de force.

Le samedi 20 juin, il survint des frissons suivis de chaleur, de la céphalalgie frontale peu intense, quelques étourdissements.

Le dévoiement reparut (cinq à six selles quotidiennes); l'appétit fut perdu et la soif assez vive. Il y eut de la toux. Ces symptômes persistèrent jusqu'à l'entrée, sauf les frissons, qui ne se renouvelèrent pas. Malgré la faiblesse qui était assez grande, il ne garda le lit qu'une partie de la journée; il vint en voiture à l'hôpital.

Le 23 juin, sixième jour, il était dans l'état suivant :

Enfant assez grand, un peu maigre, cheveux châtains, yeux bruns; les membres et la poitrine sont bien conformés. Le faciès exprime un peu l'abattement; les narines sont sèches, légèrement croûteuses. La face est pâle; le pouls plein, régulier, à 100; 28 inspirations; chaleur assez vive; les forces sont bonnes. Il n'y a pas de taches lenticulaires; le cou, la poitrine et l'abdomen sont couverts de sudamina. La respiration est pure partout, sauf en arrière, à droite, où l'on entend un peu de râle sibilant au sommet. La toux est assez fréquente, humide. Les gencives sont couvertes de plaques blanches; la langue est humide, couverte d'un enduit assez épais. Elle est sale au pourtour. L'abdomen est assez développé, peu souple, sonore, indolent; on ne sent pas la rate; la soif est assez vive, l'enfant dit avoir faim; il a eu hier six selles liquides. Son intelligence est parfaitement nette; il n'a pas mal à la tête; il éprouve quelques vertiges, quand il est assis.

Du 26 juin au 8 juillet (septième au dix-neuvième jour), il survint peu de changements dans son état. Le faciès exprima l'abattement jusqu'au 30 juin, puis, à partir de ce jour, la tristesse, la souffrance, avec quelques alternatives d'amélioration; les narines furent toujours sèches et les ailes du nez assez ordinairement dilatées. La pâleur de la face fut constante; le pouls varie entre 92 et 108, en général dépressible, quelquefois assez plein, le plus ordinairement mou et peu développé; la chaleur fut presque toujours vive; il y eut de 24 à 28 inspirations. A partir du 27 juin, les forces

(1) Voir le numéro d'avril 1841.

diminuèrent; la dépression augmenta sensiblement et progressivement depuis le 2 juillet. L'éruption des sudamina continua assez abondante jusqu'au 5 juillet et fut remplacée alors par de la desquamation les 6, 7 et 8. A partir du 29 juin, on nota une tache typhoïde à l'ombilic, le lendemain il y en avait cinq, les jours suivants il en survint de nouvelles sur l'abdomen et sur la poitrine; le 8 juillet elles avaient disparu. Le râle sibilant qui, le 26 juin, était limité en arrière à droite, s'étendit aux deux côtés dans toute la hauteur; la percussion resta sonore; la toux persista assez fréquente, et, à partir du 1er juillet, fut accompagnée d'une expectoration jaunâtre muqueuse assez abondante. L'état de la langue ne se modifia pas; l'haleine devint fétide le 7 juillet. L'abdomen fut ordinairement peu développé, assez souple, sonore, presque toujours douloureux. Depuis le 28 juin, la douleur fut d'ordinaire sentie à l'épigastre. Le 28 l'appétit était complètement perdu; la soif continue à être assez vive et le dévoiement ne diminue pas d'abondance. Le 6 juillet, dans la nuit, les selles furent involontaires. La céphalalgie reparut le 27; le 25 et le 1er juillet très-variable en intensité, mais en général frontale. Les vertiges, les étourdissements, quand on le faisait asseoir, persistèrent jusqu'au 7 juillet. Toutes les fois que nous l'examinâmes, le matin et dans la journée, son intelligence était parfaitement nette, mais il eut toujours du délire dans la nuit; qui alla toujours en augmentant depuis le 28 juin.

Du 9 au 25 juillet (vingtième au trente-sixième jour de la maladie). Les symptômes allèrent toujours en s'aggravant. Les yeux, qui étaient cernés le 9 juillet, devinrent caves le 13 et de plus en plus jusqu'à la mort; les narines furent sèches, croûteuses, quelquefois sanguinolentes; la pâleur de la face s'accompagna à partir du 12 d'un amaigrissement, et d'une profonde altération des traits, le faciès exprima presque toujours la prostration, le regard était extrêmement triste; le pouls régulier, dépressible, peu développé, varia entre 116 et 124 (du 9 au 17). Le 18 juillet, il était à 144; cette accélération persista jusqu'à la mort. Il fut noté ondulent à partir du 20, et filiforme le dernier jour; la chaleur était très vive le 5 juillet, le 16 les mains étaient froides; depuis lors le refroidissement des extrémités persista, tandis que la chaleur était assez vive à l'abdomen. La respiration fut presque toujours à 32 ou à 36, sauf le 22 où elle était à 44, et le dernier jour où elle se ralentit (à 28). La dépression des forces augmenta encore; elle était déjà si grande le 13 qu'on ne pouvait pas pratiquer l'auscultation; elle s'accrut les jours suivants, l'amaigrissement suivit la même marche; la toux humide continua en augmentant de fréquence. Le 9 l'expectoration, était abondante, avec un crachat visqueux citrin. Ce jour là aussi, le malade se plaignit d'une douleur au niveau de l'appendice xiphoïde; la respiration était pure et la percussion sonore. L'expectoration présenta les mêmes caractères jusqu'au 12; alors la toux commença à diminuer de fréquence, et dans la journée il survint une aphonie presque complète; la pression était douloureuse au-devant de la trachée; nous ne pûmes examiner la gorge que le 16, nous constatâmes seulement de la rougeur dans le fond de la gorge et un léger gonflement des amygdales sans fausse membrane; la toux et l'aphonie persistèrent jusqu'à la mort, mais en variant d'intensité; l'expectoration fut muqueuse, jaunâtre, très-pénible et difficile. La douleur sternale disparut promptement, et celle ressentie au niveau de la trachée avait beaucoup diminué le 18; le 20 elle reparut au niveau du larynx augmentant à la pression, et dura jusqu'à la mort avec alternation. Les dents et les gencives restèrent presque toujours humides; il en fut de même de la langue, qui, revêtue d'un enduit jaunâtre ou grisâtre peu épais, fut collante le 16 et sèche seulement le 18. L'abdomen fut toujours peu développé et souvent rétracté, en général indolent; on ne sentit jamais la rate. A partir du 18, il commença à demander à manger, et l'appétit se soutint jusqu'à la mort. Il prit des potages, du pain; la soif ne fut plus vive lorsque l'appétit reparut. Le 13 le dévoiement avait beaucoup diminué, le 21 il avait entièrement cessé, il reparut la veille de la mort. Il n'y eut pas de céphalalgie; à aucune époque on ne put constater de trouble de la vue ou de bourdonnements d'oreilles. Du 10 au 13 il eut assez d'anxiété, le délire la nuit continuant. A partir du 14 cette anxiété fut remplacée par de la prostration; depuis le 16 il eut des mouvements carpologiques bien marqués; il portait constamment la main à ses lèvres, cherchait à prendre sa pancarte (css). Le 21 ces mouvements cessèrent, du 16 au 21 il eut les yeux habituellement fermés; la lumière lui faisait mal.

Le 25, à dix heures du soir, il mourut dans un marasme complet.

Traitement. — 24, dix sangsues à l'anus; — 25, 26, mauve, looch; —27, m. bain; 28 à 30, mauve; looch lact.; —1er juillet, m. bain; —2 et 3, m. looch; 4, m. bains; —5, un vésicatoire à la jambe; —6 à 8, ch. réglisse, lait; — 9, deux sangsues à chaque tempe; — 10, décoct. bl.; 11, décoct. bl., vésic. à l'épigastre; du 12 au 25 on n'employa d'autre traitement que des loochs, à partir du 18 on lui donna des aliments (potages, un peu de pain).

Autopsie trente-six heures après la mort, par un temps humide et froid pour la saison.

Habitude extérieure. — Membres flasques, léger œdème des pieds, vergetures à la paroi abdominale antérieure.

Tête. — L'arachnoïde est polie, transparente, la pie-mère n'est pas injectée, la substance cérébrale a partout sa consistance normale, sauf à la face inférieure de la voûte à trois piliers, qui est légèrement ramollie, pas d'injection.

Cou. — La membrane muqueuse du pharynx a une couleur rouge violacée, elle n'est nullement ramollie par des fausses membranes. Les cryptes des amygdales sont très-dilatées; la luette est un peu volumineuse, sans altération. L'épiglotte et la face interne du larynx sont d'un rouge vif, la membrane muqueuse est un peu épaissie et ramollie. On voit à la face inférieure de l'épiglotte, et en quelques points du larynx, quelques débris de fausses membranes, molles, minces, irrégulières, peu adhérentes. La corde vocale droite offre à sa partie moyenne une très-petite érosion qui n'intéresse que la membrane muqueuse; la trachée est saine.

Poitrine. — La plèvre droite qui revêt la partie postérieure du lobe moyen est tapissée par de fausses membranes, molles, jaunes, se détachant facilement. Le poumon droit ne s'affaisse pas à l'ouverture de la poitrine, il est emphysémateux à son sommet et à son bord antérieur, partout son tissu est simple et plein de liquide séro-sanguinolent. On ne trouve qu'un seul point de pneumonie. Il est de la grosseur d'une petite noix et répond précisément au point où existent les fausses membranes; à la coupe ce noyau d'hépatisation est gris jaunâtre, infiltré de pus qui en quelques points forme de petites collections du volume d'un

gros pois ; l'intérieur de ces cavités n'est tapissé d'aucune fausse membrane ; leurs parois sont formées seulement par du tissu hépatisé ; le parenchyme avoisinant le noyau pneumonique est parfaitement sain ; les bronches sont à l'état normal.

Plèvre gauche, adhérence celluleuse mince et courte au niveau de la partie postérieure du lobe supérieur.

Le poumon gauche, beaucoup moins volumineux que le droit, a une teinte générale violacée; ses deux lobes sont gorgés d'une quantité considérable de sang qui paraît comme incorporé au parenchyme ; le tissu crépite, surnage au liquide, n'est pas pénétrable au doigt, sauf toutefois la languette du cœur qui, dans une étendue de quatre centimètres, est d'un rouge clair, friable, se précipite au fond du vase.

Les ganglions bronchiques, du volume d'une noisette, d'un rouge violacé, sont friables.

Le cœur, assez volumineux et flasque, est gorgé dans ses quatre cavités de caillots gelée de groseille et de caillots jaunâtres fibrineux ; les valvules du cœur gauche sont pâles, celles du cœur droit d'un rouge violacé ; le péricarde est sain.

Abdomen, l'œsophage est sain.

L'estomac est très-dilaté, il est de couleur blanc grisâtre sale ; en quelques points du grand cul-de-sac la membrane muqueuse est complètement détruite; partout ailleurs elle est molle, même dans la portion pylorique où elle est mamelonnée et épaissie.

L'intestin grêle contient des matières jaunâtres; sa membrane muqueuse est généralement pâle, sauf en quelques points où elle est teinte en jaune par les matières; sa consistance est bonne supérieurement, inférieurement elle ne donne que des lambeaux de trois à quatre millimètres ; là aussi elle est très mince. Les follicules isolés sont nombreux, arrondis, du volume d'une petite tête d'épingle ; plusieurs présentent un point noir à leur centre; on les remarque surtout dans le dernier mètre, et ils augmentent de nombre à mesure qu'on s'appproche de la valvule ; on commence à apercevoir des plaques de Peyer à la partie supérieure de l'intestin, elles deviennent plus nombreuses à mesure qu'on s'approche de la fin de l'iléon, partout elles offrent le même aspect ; elles varient de longueur entre un et quatre centimètres, sont peu saillantes (1/2 millimètre au plus), grisâtres, les unes piquetées de points noirs, les autres à bords aréolaires un peu plus saillants à la coupe ; elles ne sont pas ramollies et le tissu sous-muqueux est sain ; aucune ne présente d'ulcération ni de dépression qui ressemble à une cicatrice.

Le gros intestin contient des matières jaunâtres et un mucus abondant adhérent à la muqueuse qui est très pâle, mince et molle ; partout des ulcérations.

Deux ganglions mésentériques près de la valvule ont le volume d'une amande mondée, ils sont gorgés de sérosité, et d'un jaune rougeâtre, non ramollis ; les autres, du volume d'un pois, d'une noisette, d'une lentille, sont sains.

La rate a dix centimètres de haut, sept de large, deux d'épaisseur ; son tissu est rougeâtre, elle est assez friable.

Le foie a vingt-trois centimètres de large, dix-huit de haut et quatre d'épaisseur ; sa consistance est bonne, il a la couleur de l'aloès clair et est gorgé de sang; la bile est jaune, claire, très-liquide.

Les reins sont finement pointillés à l'extérieur, les deux substances sont bien distinctes, ils ne sont nullement ramollis; les bassinets ne sont pas injectés.

Remarques. — Si l'on a lu avec attention cette observation intéressante, on a pu s'assurer que, soit en étudiant chacun des symptômes de la maladie isolément, soit en envisageant sa marche et sa durée, on trouve dans ce fait un exemple bien caractérisé d'affection typhoïde. Comme cela arrive souvent dans la dothinentérie, le début de la maladie est précédé pendant quelques jours par du dévoiement ; puis surviennent les symptômes aigus, qui sont bien encore de la fièvre typhoïde. Les sudamina et l'éruption lenticulaire, entre autres, se sont montrés à l'époque ordinaire, et leur durée n'a pas été différente de ce qu'elle est habituellement dans cette maladie chez l'enfant.

C'est le vingtième jour que surviennent les complications, la pneumonie est annoncée par les crachats rouillés, et la laryngite pseudo-membraneuse par les douleurs laryngées et l'aphonie. On ne peut par conséquent attribuer à ces maladies intéressantes les symptômes typhoïdes antérieurement observés, et l'on est réduit, ou bien à en chercher la cause dans les lésions intestinales, ou bien à reconnaître que l'on a eu affaire à une fièvre typhoïde sans caractères anatomiques, comme nous allons tout à l'heure en rapporter un exemple.

Le ramollissement blanc de la membrane muqueuse intestinale est une lésion si fréquente, et que l'on trouve à la suite de maladies si diverses, toutes les fois que la diarrhée dure pendant un certain temps, que nous serions presque tentés d'adopter la seconde hypothèse sans préjuger en rien l'explication que l'on peut donner de l'absence de lésion dans des cas où l'on a pendant la vie noté la majeure partie des symptômes de l'affection typhoïde. Nous nous réservons de traiter cette question avec tous ses développements dans les remarques dont nous allons faire suivre notre quatrième observation.

Obs. IV. — *Enfant de douze ans. Circonstances hygiéniques défavorables. Fièvre typhoïde qui débute huit jours avant l'entrée à l'hôpital. Fièvre continue. Sudamina, taches lenticulaires assez nombreuses. Sécheresse de la langue. Ballonnement et douleurs du ventre. Dévoiement abondant. Délire intense. Epistaxis. Traitement par les émissions sanguines et les purgatifs. Mort le vingt-sixième jour. A l'autopsie : Inflammation des ganglions cervicaux et bronchiques. Pneumonie partielle. Amincissement et ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. Intestin grêle parfaitement sain. Œdème des ganglions mésentériques.*

Charlot (Auguste), âgé de douze ans, entra le 28 avril à l'hôpital des enfants, et fut couché au n° 34 de la salle Saint-Jean.

Cet enfant, né de parents bien portants, est sujet depuis son enfance à des attaques épileptiques; depuis huit mois elles n'ont pas reparu. Vacciné, il n'a été atteint d'aucune fièvre éruptive, mais il a eu à plusieurs reprises d'abondantes éruptions au cuir chevelu. Il habite dans une chambre humide et mal aérée, est habituellement nourri de soupe, et assez mal vêtu.

La maladie actuelle a débuté huit jours avant l'entrée à l'hôpital par de la fièvre, de la céphalalgie et des étourdissements; il s'est plaint de faiblesse, il était *mal assuré sur ses jambes*. La nuit il a eu de l'agitation et même du délire; depuis ce début la soif a été vive, l'appétit complètement perdu et la constipation opiniâtre; le 27 il a eu un vomissement, il s'est plaint du ventre à plusieurs reprises. Tous ces symptômes ont persisté en augmentant d'intensité jusqu'à l'entrée à l'hôpital. On n'a employé aucun traitement.

Le 30 mai, deuxième jour de l'entrée, dixième de la maladie, il était dans l'état suivant : assez fort et développé pour son âge, d'une taille moyenne; il a les cheveux bruns, les yeux noirs, les cils longs, la peau assez blanche; son embonpoint est convenable et sa poitrine bien conformée.

Il est couché dans le décubitus dorsal, la peau est chaude, le pouls à 108, large et plein, vingt-huit inspirations régulières; la face est colorée, les narines sont sèches, il a eu la veille une épistaxis peu abondante. Le faciès exprime l'abattement, les forces sont assez sensiblement déprimées. On trouve quelques sudamina sur les côtés du cou, il n'y a pas de taches lenticulaires. La respiration est parfaitement pure en avant et en arrière, il ne tousse pas; les dents sont humides; les gencives couvertes de petites plaques blanches; la langue est humide, rouge, un peu papillaire; l'abdomen assez gros est souple et indolent, on ne sent pas la rate, l'appétit est tout-à-fait net, la soif vive, une selle depuis l'entrée. L'intelligence est normale, il dit ne pas souffrir de la tête, la vue est nette, il n'a pas de bourdonnements d'oreille.

Le 1er et le 2 mai, son état ne se modifie pas, si ce n'est que le pouls s'accélère (120) et que de la nuit du 1 au 2 il a eu de l'agitation, il est descendu de son lit.

Le 3 mai (treizième jour). La chaleur est brûlante, le pouls à 112, fort, vibrant, raide, respiration 36, la face et surtout le masque a une teinte jaune, les lèvres sont croûteuses, sèches, fendillées, dans la journée une épistaxis abondante. Les côtés du cou sont couverts de sudamina; on voit sur l'abdomen une tache rosée lenticulaire bien dessinée, et sur le dos trois autres plus irrégulières; dans toute la hauteur du thorax, en avant et en arrière, mais surtout au sommet, on entend un râle sibilant abondant dans les deux temps respiratoires; les dents sont sèches, la langue dure, sèche, rouge, comme parcheminée; l'abdomen assez volumineux est un peu ballonné et douloureux dans le trajet du gros intestin; gargouillement dans le flanc gauche, l'hypochondre de ce côté est sonore; la soif est toujours vive, le dévoiement très abondant; au moment de l'examen l'intelligence est nette, mais il a eu du délire la nuit; les pupilles sont contractées, il n'y a pas d'autres symptômes cérébraux.

Les 4, 5 et 6 mai (quatorzième, quinzième, seizième jours), la maladie s'aggrave, le pouls varie de 124 à 132, il devient petit et dépressible, le faciès exprime l'affaissement et même la stupeur, les forces sont de jour en jour plus déprimées, l'éruption typhoïde continue, les sudamina sont toujours nombreux; le dévoiement augmente d'abondance; le 6 l'abdomen est beaucoup plus ballonné, ce jour-là aussi la voix devient embarrassée, cependant l'intelligence est toujours nette au moment de la visite, mais la nuit le délire augmente d'intensité.

Les 7, 8 et 9 mai (dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième jours), l'aggravation augmente; le pouls petit, dépressible, varie entre 136 et 140, de 28 à 36 inspirations; la chaleur est vive au tronc, surtout à l'abdomen, nulle aux extrémités; épistaxis peu abondante le 7 au soir, elle continue le 8 dans la journée; les lèvres sont sèches, croûteuses, noirâtres; le faciès exprime la stupeur, la prostration; le 7, éruption de trois nouvelles taches typhoïdes (les autres avaient pâli); le 9 on n'en apercevait plus qu'une, les sudamina avaient disparu le 8; le 9 le trochanter droit était rouge et présentait quelques excoriations superficielles; persistance du dévoiement (3 à 5 selles) et du ballonnement du ventre qui est généralement douloureux; les dents sont sèches et fuligineuses, la langue est extrêmement sèche, couverte d'une exsudation noirâtre, l'haleine très-fétide; à partir du 7 il est très-agité, ne répond plus aux questions, la nuit il a un délire violent; on est obligé de lui mettre la camisole; le 8 il ne reconnaît pas ses parents qui viennent le voir; les pupilles sont toujours contractées.

Du 10 au 14 mai (vingtième au vingt-quatrième jour). Les yeux sont profondément cernés, les narines sont sèches et pulvérulentes, les ailes du nez largement dilatées, la face très pâle, les lèvres sèches, croûteuses et noirâtres, trait nasal très-marqué; le faciès exprime presque toujours la stupeur et la prostration; le pouls encore large et mou le 20, le 21 devient petit et oscillant, à partir du 22 il varie de 160 à 172, la respiration de 36 à 40, plaintive, est à 72 le jour de la mort; le décubitus est presque toujours latéral, droit ou gauche; les forces sont complètement abolies; la chaleur est variable, tantôt vive et sèche, tantôt nulle surtout aux extrémités; on n'aperçoit plus ni taches, ni sudamina; mais le vingt-troisième jour on voit sur les fesses une éruption irrégulière de papules rouges, de taches de même couleur, et des bulles noirâtres le lendemain; l'éruption est en entier composée de bulles jaunâtres ou violacées reposant sur une base dure, solide, rouge la toux, qui existait rare, augmente d'abondance et devient humide, le râle sibilant est remplacé par du râle sous-crépitant qui s'entend surtout en arrière et est tantôt gros, tantôt assez fin; la percussion est toujours sonore; les dents et la langue restent fuligineuses, l'haleine est toujours fétide, et à partir du vingt-deuxième jour la déglutition devient difficile; l'abdomen est peu développé et même affaissé les derniers jours, il est très douloureux; généralement on ne sent pas la rate; la soif est toujours vive, le dévoiement diminue d'abondance, il n'y a que deux à trois selles quotidiennes; le délire, l'agitation, les cris, la perte de connaissance continuent sans interruption jusqu'à la mort qui, survient le 14 mai, vingt-quatrième jour de la maladie, à sept heures du soir.

Traitement.—Le 29 avril, dix sangsues à l'anus, ped. synap.; le 30, dix sangsues sur l'abdomen; 1er mai, pot. huile ricin, 30 grammes;—2 mai, bain de vapeur, glace sur la tête; — 3 mai, gom. édul., diète;—4 mai, gom., bain vap., glace sur la tête; —du 5 au 7 mai, gom., eau sedlitz, deux verres;— le 8, m. eau sedlitz, un verre, frict. huile camom. camphrée, deux vésicatoires aux jambes;—le 9, m. eau sedlitz, un verre, sirop d'éther, vésicatoire à la nuque;—du 10 au 14 mai, m. frict. huile ca-

mom. camph., frict. d'éther, sirop d'éther, sinapismes.

Autopsie trente-huit heures après la mort par un temps humide.

Raideur des extrémités inférieures. Putréfaction peu avancée de la paroi abdominale.

Tête. L'arachnoïde est lisse, polie, transparente, infiltration peu abondante de la pie-mère qui est assez injectée à la face supérieure du cerveau et dans les anfractuosités. Les veines cérébrales postérieures sont très congestionnées ; le sinus longitudinal supérieur contient un caillot mou jaunâtre ; la substance cérébrale est très-ferme, la blanche est très-piquetée ; les ventricules contiennent environ trente grammes de sérosité transparente, les parties centrales du cerveau sont parfaitement saines.

Cou. Les ganglions cervicaux ont le volume d'une amande, ils sont rouges violacés très-mous ; le pharynx, le larynx, la trachée et l'œsophage sont parfaitement sains.

Poitrine. Les plèvres offrent quelques adhérences celluleuses.

Le poumon droit est volumineux, sa face antérieure est emphysémateuse, les vésicules ont le volume d'une épingle épointée, sa face postérieure offre quelques marbrures violacées. On trouve dans les lobes supérieurs et inférieurs quelques points d'hépatisation partielle qui tendent à se réunir au sommet du lobe inférieur ; le reste du parenchyme contient une assez grande quantité de liquide spumeux ; le lobe moyen est parfaitement sain.

Les bronches contiennent une médiocre quantité de liquide âcre ; les gros troncs sont d'un rouge assez foncé.

Le poumon gauche offre les mêmes altérations, si ce n'est que les points d'hépatisation partielle sont plus larges, plus abondants, plus près de la superficie de l'organe. Ils sont plus nombreux au lobe inférieur qu'au supérieur ; les grosses bronches sont moins injectées.

Les ganglions bronchiques, surtout les droits, sont volumineux, d'un rouge violacé, très-mous ; le péricarde ne contient pas de liquide ; le tissu du cœur est ferme, son volume est normal, ses orifices sont libres. On trouve dans le ventricule gauche et dans l'aorte un caillot jaunâtre assez résistant ; le sang contenu dans les veines n'est nullement séreux.

Abdomen. L'estomac contient des matières verdâtres, sa membrane muqueuse a une teinte grisâtre dans le petit cul-de-sac, d'un vert blanchâtre ailleurs. Dans le grand cul-de-sac, et au niveau de quelques lignes qui vont du pylore au cardia, elle est sensiblement ramollie et amincie; dans toute l'étendue du petit cul-de-sac elle est épaissie, mamelonnée, très-adhérente.

L'intestin grêle contient des matières jaunâtres liquides, il n'est nullement météorisé, sa membrane muqueuse est généralement teinte en jaune par les matières, partout elle est lisse et polie, donnant des lambeaux de huit à dix millimètres ; à partir des six derniers pieds on commence à apercevoir des plaques de Peyer ; elles sont au nombre de vingt, pâles et d'un blanc rosé, piquetées de points noirs; elles ne sont pas même aréolaires; à peine sont-elles saillantes d'un demi-millimètre; aucune n'est ramollie, et le tissu sous-muqueux est blanc sans épaississement ; leur longueur varie entre deux et cinq ou six centimètres, celle qui occupe la face supérieure de la valvule ne diffère pas de celles ci-dessus décrites. L'extrémité d'une seule plaque située deux pieds au-dessus de la valvule présente dans l'étendue d'une très-petite lentille une légère saillie ; là, la muqueuse est rouge, un peu molle, le tissu sous-jacent, sans épaississement, est un peu injecté.

Nulle part on ne trouve d'ulcérations, de cicatrices, ni de follicules isolés apparents.

Le gros intestin contient des matières semi-liquides très-fétides, il n'est pas météorisé ; sa membrane muqueuse a une teinte d'un clair sale; les veines du tissu sous-muqueux sont injectées ; elle est saine du reste ; les follicules isolés sont assez développés et ont le volume d'un grain de millet.

Les ganglions mésentériques ont le volume d'une lentille à une petite amande mondée ; ils sont flasques sans que le doigt les pénètre facilement, infiltrés de sérosité ; plusieurs sont rouges violacés, d'autres sont très-pâles, les plus volumineux correspondent à la valvule.

Le foie, assez volumineux, est gorgé d'une grande quantité de sang; à l'extérieur il a une teinte violacée, à l'intérieur il est d'un rouge vif, sa consistance est bonne ; la bile est jaune ocre, non filante.

La rate est rouge, flasque à l'extérieur, médiocrement consistante à l'intérieur, elle a 10 cent. de haut. 7,5 de largeur et 2,4 de hauteur.

Les reins sont gorgés de sang, assez injectés par places extérieurement, d'un rouge uniforme à l'intérieur,, leur consistance est bonne. Les bassinets sont sains.

Remarques. — Est-il nécesaire d'insister pour démontrer que tout dans cette observation indique l'existence d'une fièvre typhoïde, et même ne nous est-il pas permis de dire qu'elle est *plus typhoïde* qu'un grand nombre de celles dont les caractères anatomiques consistent dans la lésion spéciale des plaques elliptiques de Peyer? On trouve cependant l'explication de l'absence des lésions anatomiques. On peut faire à ce sujet diverses hypothèses. L'une d'elles consiste à dire qu'il y a eu dans ces cas, et dans ceux analogues, que l'on a signalés chez l'adulte, *erreur de diagnostic.* Nous avouons ne pas bien comprendre cette explication, qui nous paraît une fin de non recevoir. La fièvre typhoïde est caractérisée par ses symptômes propres, par sa marche, par sa durée, et quand ces trois conditions se trouvent réunies dans un même fait, et en tout semblables à ce qu'elles sont dans les cas les mieux caractérisés, n'est-on pas en droit de conclure que la maladie a existé? M. Louis, dans ses recherches sur la gastro-entérite, et M. Valleix, dans un excellent article critique sur la dothinentérie (v. *Archives*), ont adopté l'hypothèse que nous combattons maintenant et cité, à l'appui de leur manière de voir, des comparaisons tirées d'autres maladies ; mais ces comparaisons, qui sont elles-mêmes des suppositions, ne me semblent pas démontrer ce qui est à prouver. Une autre hypothèse plus facile à soutenir est que les lésions anatomiques ont existé, mais

qu'elles ont disparu. On peut faire valoir à l'appui de cette idée différentes considérations spéciales à la fièvre typhoïde chez l'enfant.

1° Ainsi, comme l'un de nous l'a prouvé dans sa *Thèse*, l'ulcération des plaques de Peyer est beaucoup plus tardive chez l'enfant que chez l'adulte, puisqu'elle n'a pas été rencontrée chez des sujets qui ont succombé au dix-neuvième et vingt-et-unième jour, et il n'y a rien d'impossible à ce que, dans certains cas, la lésion des plaques ne s'arrête à son premier degré.

2° Cette lésion se présente d'ordinaire sous sa forme la plus bénigne (plaques molles). Ces deux faits expliquent, ce semble, assez bien la possibilité de la résolution de l'inflammation spécifique des follicules de Peyer; mais il resterait à démontrer que cette résolution peut survenir avant le vingt-quatrième jour. Quant à l'absence des lésions de la rate et des ganglions mésentériques, on pourrait en rendre compte en faisant observer que l'état œdémateux des ganglions, notés dans nos deux dernières observations, peut être considéré comme un signe de la résolution de leur phlegmasie; que, dans l'un et l'autre cas, la rate était un peu molle. Si l'on adopte cette hypothèse de la résolution, il n'en restera pas moins un fait incontestable, savoir, le peu de rapport qui existe entre la gravité des symptômes et l'étendue des lésions, puisque ces dernières peuvent avoir entièrement disparu, tandis que les premiers ont conservé une assez grande intensité pour entraîner la mort, et que d'autre part les symptômes les plus formidables sont loin de se montrer dans tous les cas chez les sujets dont le canal intestinal est le plus profondément lésé. Ces faits démontrent, ce nous semble, qu'il y a dans la fièvre typhoïde autre chose que ce que l'anatomie pathologique nous fait voir, et que la lésion des fonctions est loin de trouver toujours son explication dans celle des organes. Aussi plusieurs pathologistes admettent-ils que les caractères anatomiques de cette maladie manquent quelquefois, bien que pendant la vie on en ait observé tous les symptômes.

Enfin, si l'on admet qu'il y a eu ici inflammation des plaques sans altération, n'y a-t-il pas lieu de continuer la comparaison que nous avons établie entre l'entérite et la dothinentérie, et de dire que si ces deux maladies tendent à se confondre chez les plus jeunes enfants, elles commencent à s'isoler chez ceux qui sont un peu plus âgés? Car alors, si les plaques s'enflamment seules, cette inflammation est cependant susceptible de résolution et n'arrive que très-tardivement jusqu'à l'ulcération, tandis que chez l'adulte ce dernier degré est de beaucoup le plus fréquent.

Nous avons recueilli une observation qui a les plus grands rapports avec la dernière de celles que nous venons de citer. Malheureusement nous n'avons pas pu pratiquer l'autopsie nous-mêmes. Elle a été faite par un de nos externes qui, depuis plusieurs mois, écrivait nos descriptions anatomiques. Il nous a assuré n'avoir trouvé aucune lésion dans le canal intestinal. Nous ne citons ce fait que pour mémoire. Il est assez remarquable que ces trois observations aient été recueillies chez des sujets à un âge voisin de la puberté (de douze à quatorze ans). M. Louis a aussi cité l'observation d'un malade âgé de quinze ans qui présenta pendant la vie plusieurs des symptômes de l'affection typhoïde sans que l'on ait constaté d'altération des plaques de Peyer.

A un âge où il survient de si grands changements dans l'organisme, où le corps et l'intelligence se développent, où certains appareils, jusqu'alors inactifs, commencent à fonctionner, ne pourrait-il pas se faire qu'une perturbation profonde dans les fonctions n'eût d'autre point de départ que l'évolution physiologique? Nous présentons cette hypothèse avec toute la réserve qu'elle mérite.

§ II.

Nous avons recueilli, dans l'année 1839, deux observations d'enfants atteints d'affection typhoïde chez lesquels la maladie récidiva au bout de quinze jours. Nous pouvons joindre à ces deux faits un troisième que nous avons observé cette année. Des trois enfants dont il s'agit deux étaient âgés de onze ans et un de treize ans. Chez deux d'entre eux la maladie s'était montrée sous forme bénigne; le troisième avait été assez gravement atteint. Aucune cause ne peut expliquer la réapparition des symptômes typhoïdes, la convalescence avait été franche, et nous avions gardé les jeunes malades plusieurs jours dans les salles depuis leur guérison. Les symptômes, lors de la récidive, furent assez analogues, par leur marche et leur intensité, à ceux de la première maladie.

L'éruption typhoïde en particulier a été très-abondante, et même chez un de nos malades elle l'a été beaucoup plus, lors de la récidive, qu'à l'époque de la première invasion, comme on pourra s'en assurer par la lecture de la seconde des observations que nous allons citer.

Il est assez remarquable que chez ce même malade on sentit la rate déborder les côtes lors de la récidive, tandis qu'il n'en avait point été de même la première fois. Nous avons eu grand soin de nous assurer qu'aucune complication ne pouvait rendre compte des symptômes observés. On peut se demander quel a été l'état du canal intestinal à l'époque de la recrudescence. Y a-t-il eu une nouvelle inflammation des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques? Cela est probable, puisque nous avons pu constater chez notre second malade la lésion de la rate qui accompagne d'ordinaire les deux

autres; mais heureusement la preuve anatomique nous a manqué.

Obs. V. — *Garçon de onze ans. Fièvre typhoïde assez grave. Forme non caractérisée. Plusieurs épistaxis à une époque assez avancée de la maladie. Guérison. Rechute, réapparition de presque tous les symptômes typhoïdes précédemment observés. Nouvelle guérison. Les deux maladies durent soixante-seize jours.*

Letrillard (François), âgé de onze ans, entre le 5 mars à l'hôpital des enfants. Apprenti bijoutier depuis un an, d'une santé ordinairement bonne, vacciné, il n'a eu aucune affection grave. Il est à Paris depuis l'âge de huit mois.

Il tombe malade jeudi 28 février, se plaint de céphalalgie, vomit à plusieurs reprises, garde le lit; le vendredi 1er mars, pas d'évacuations, fièvre, le mal de tête persiste; le samedi 2, prend une bouteille d'eau de sedlitz, nombreuses évacuations; le 2 et le 4, dévoiement spontané, un vomissement le 4; perte complète d'appétit, soif vive, fièvre, céphalalgie, agitation la nuit dès le début; le 6 mars il est dans l'état suivant :

Constitution assez forte, cheveux blonds, yeux bleus, peau fine assez blanche, décubitus dorsal, face légèrement colorée, masque un peu pâle, pas de traits faciaux, lèvres peu sèches; langue humide, rouge à la pointe, jaunâtre à la base, abdomen médiocrément développé, un peu tendu par contraction, sonore à l'ombilic; on ne sent pas la rate, pas de taches, pas de sudamina, pas d'appétit; la bouche n'est pas amère; la peau est peu chaude, pouls 120, petit, respiration 36; respiration pure partout, sonoréité bonne; pas de céphalalgie. (Mauv. ed. cat., lav. amid., eau de poulet.)

8 mars, agitation, la nuit dernière se découvrit à tout instant; cependant il n'a pas cherché à quitter son lit; ce matin, décubitus latéral droit, yeux cernés, narines un peu sèches et pulvérulentes; la peau est chaude; pouls, 136; respiration, 32. En arrière un peu de râle sibilant dans la fosse sous-épineuse droite, respiration pure ailleurs; langue sèche, d'un rouge brun, sans enduit; l'abdomen est peu développé; on ne sent pas la rate; deux taches typhoïdes bien dessinées, une à l'hypogastre, l'autre dans l'aine droite, trois selles en dévoiement; pas de céphalalgie, pas de bourdonnements d'oreilles; la vue n'est pas trouble, étourdissements quand il est assis.

9. Pouls, 128; respiration, 32; la respiration est pure partout; lèvres sèches, dents sèches et croûteuses; il est survenu quelques nouvelles taches; cinq selles en dévoiement; bourdonnements d'oreille par intervalles.

10. Pouls, 128, large, résistant; respiration, 28; un peu de râle sibilant en arrière, à droite; sonoréité bonne partout; épistaxis abondante hier; lèvres sèches, dents fuligineuses, langue rouge collante, quinze à vingt taches sur l'abdomen, nombreuses selles en dévoiement; légère douleur dans la fosse iliaque; pas d'étourdissements.

11. Pouls, 132; respiration, 28; le pouls est large, mou, dépressible; respiration pure, percussion sonore partout; même état de la langue; les taches typhoïdes persistent sur les cuisses et l'abdomen, qui est peu développé, tendu, peu sonore, généralement douloureux à une forte pression; gargouillement dans la fosse iliaque gauche; quatre à cinq selles jaunes hier; soif vive; à peine de la prostration; se met seul sur son séant; légère desquamation sur les côtés du cou et à l'épigastre (cependant nous n'avons jamais vu de sudamina). (Gom. ed., eau magn. deux verres.)

12. Pouls, 128, dépressible; respiration, 28; langue rouge au pourtour, couverte d'un enduit jaune à sa face dorsale; les dents sont sèches, mais non croûteuses; même état de l'abdomen; toujours des taches; plusieurs selles en dévoiement; un peu d'appétit, soif intense. (Gom. ed., 1/2 lav., eau poulet.)

13. Pouls, 120, assez large et résistant; respiration, 32 pendant le sommeil, chaleur médiocre; une épistaxis hier; même état, du reste. (Gom. eau magn. deux verres.)

14. Pouls, 112; respiration, 28; encore une épistaxis très-abondante hier; langue rouge, sèche et papillaire à la pointe, brunâtre en arrière; la soif est assez vive, appétit; lèvres et dents sèches, même état de l'abdomen; six selles hier; sudamina sur les côtés du cou. (Gom. ed., eau de poulet.)

15. Même état du pouls et de la respiration; langue humide, grisâtre; l'abdomen est un peu plus développé que les jours précédents, trois à quatre taches, plusieurs selles; encore une épistaxis; l'état des forces est satisfaisant, il s'assoit facilement (Julep diac. once ij kermès gr. j., b. poulet.)

16. Peau chaude; pouls, 124; respiration, 24; langue rouge à la pointe, jaunâtre, piquetée en arrière; abdomen indolent, toujours des taches typhoïdes.

17 au 20. Le pouls varie de 100 à 108; la langue est humide, il y a toujours des taches, toujours des selles en dévoiement; pas de nouvelles épistaxis; la respiration reste pure, appétit; le malade demande à se lever; on le purge le 18 et le 20 avec eau magnésienne et potion huileuse.

21 et 22. Légère recrudescence de la fièvre; pouls, 116 et 120; des deux côtés en arrière, râle sous-crépitant le 21; le 22, le râle a disparu; le 21 encore une épistaxis; le 22, les taches ont disparu, on sent très-légèrement la rate.

23 au 26. Le pouls baisse, 100, 96; quelques nouvelles taches typhoïdes reparaissent, elles ont disparu le 26; le dévoiement persiste peu abondant, un peu de toux et de râle muqueux des deux côtés en arrière (il a encore été purgé le 23, potion huileuse).

27. La fièvre et le dévoiement ont disparu; les forces reviennent, il mange avec appétit; depuis le 27, la convalescence continue franche; le dévoiement ne se reproduit pas à partir du 31 mars; le malade se lève toute la journée; le 27, il mange du potage; le 1er avril, il est au 1/4; il sort entièrement guéri le 7 avril.

11 avril. Sa mère nous le ramena, elle nous dit que, peu après sa sortie, il était retombé malade. Il avait de nouveau perdu l'appétit, avait eu du délire dans la nuit, une fièvre intense et du dévoiement.

12. Il était dans l'état suivant : peau très-chaude; pouls, 132; respiration, 28; en avant et en arrière, à gauche, la respiration est pure, la percussion sonore; à droite en arrière, près de la colonne vertébrale, dans la région dorsale, elle est obscure, entremêlée de râle muqueux, humide; langue peu humide, jaunâtre en arrière, rouge au pourtour; l'abdomen est un peu développé, sonore à la percussion; on ne sent pas la rate, deux taches typhoïdes à gauche de l'ombilic; pas de sudamina; desquamation générale; pas de céphalalgie; la vue n'est pas trouble, pas de bourdonnements d'oreille; intelligence bien nette. (Gom. cat. D.)

13. Peau chaude; pouls, 136; respiration, 32; langue sèche; les taches ont augmenté de nombre sur l'abdomen et les cuisses; l'abdomen est sonore, un peu de gargouillement dans la fosse

iliaque gauche; léger assoupissement, parole embarrassée. (Ris. ed., lav. amid., sinap. aux jambes.)

14 au 16. La fièvre persiste avec la même intensité ; les symptômes locaux sont les mêmes ; le dévoiement est très-abondant (le 14, on applique cinq sangsues à l'anus, elles coulent bien).

17. Amélioration, peau moins chaude; pouls, 100 ; respiration, 20 ; bon sommeil ; langue humide, naturelle ; l'abdomen peu développé est toujours couvert de taches typhoïdes ; la respiration est parfaitement pure des deux côtés, en arrière percussion sonore ; pas de céphalalgie, se tient bien assis.

18 au 25. La maladie marche assez rapidement à la convalescence, la fièvre disparaît ; le dévoiement cesse ; les taches s'effacent (pas de traitement actif).

25. La peau n'est pas chaude; pouls, 88 ; langue bien humide, appétit bon, mange le 1/4 ; encore une ou deux taches typhoïdes; pas de dévoiement.

28. Les taches ont entièrement disparu ; à partir du 1er mai le malade peut être considéré comme entièrement guéri ; il se lève toute la journée.

11 mai. Le dévoiement reparaît médiocrement abondant, trois à quatre selles, il dure jusqu'au 18 ; pendant cette période, l'enfant garde de nouveau le lit ; la peau est un peu chaude, le pouls à 108.

19. La guérison est complète et définitive ; il se lève toute la journée.

La maladie a donc duré soixante-seize jours.

Obs. VI. — *Enfant de onze ans. Fièvre typhoïde bénigne. Eruption abondante de taches lenticulaires et de sudamina. Durée de la maladie, dix-neuf jours. Guérison complète. Récidive au bout de onze jours. Eruption typhoïde extrêmement abondante. Nouvelle guérison. Durée des deux maladies, cinquante jours environ.*

Chambrin (Julien), âgé de onze ans, entra le 5 mai 1840 à l'hôpital des enfants et fut couché au n° 29 de la salle Saint-Jean.

Cet enfant jouit en général d'une assez bonne santé, il a été vacciné et est arrivé à l'âge de onze ans sans avoir été atteint d'aucune affection de l'enfance, sauf de la coqueluche, il y a trois ans ; à la même époque, il a rendu une assez grande quantité de vers lombrics. Il habite dans un logement sain, est assez bien nourri, et aucune cause ne peut expliquer le développement de la maladie actuelle.

Il est tombé malade huit jours avant l'entrée. Il s'est plaint de douleurs dans les muscles du cou et de céphalalgie, il est survenu de la fièvre et du dévoiement très-liquide, accompagné de coliques. La toux a été peu intense ; il n'y a pas eu d'épistaxis. Au bout de trois jours les symptômes se sont aggravés ; la toux a augmenté, il a eu du délire toutes les nuits, de l'abattement dans le jour, et des douleurs dans les jambes ; l'appétit a été perdu depuis le début ; le dévoiement s'est arrêté au bout de trois jours, mais les douleurs de ventre ont continué.

6 mai. (Neuvième jour.) Il était dans l'état suivant :

Enfant d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, son embonpoint est médiocre ; il a les cheveux chatain foncé, les yeux bruns ; le faciès exprime la souffrance, trait nasal très-prononcé; la face est un peu colorée aux joues ; le masque est pâle, les lèvres sont légèrement excoriées ; la peau est assez chaude, le pouls dépressible, régulier, 92 ; 40 inspirations régulières ; les forces sont un peu déprimées ; sueurs assez abondantes, sans sudamina, taches blanches, rosées, lenticulaires autour de l'ombilic. La toux est rare, grasse ; la respiration est pure en avant ; en arrière on entend un mélange de râle sibilant et sous-crépitant, la percussion est sonore partout ; la langue est humide, blanchâtre à la base, rosée à la pointe ; l'abdomen est médiocrement développé et sonore ; on ne sent pas la rate, douleurs générales, léger gargouillement dans le flanc droit. Il dit avoir faim, la soif est peu vive, dévoiement. Il a eu du délire la nuit dernière, le matin son intelligence est nette, il n'a pas de céphalalgie.

7 et 8 mai. (Dixième et onzième jours.) Le pouls s'accéléra un peu (100), le nombre des taches lenticulaires augmenta ; le 8, il y eut des sudamina sur le cou. Les râles devinrent plus abondants.

9 au 11. (Douzième au quatorzième jour.) Les narines étaient sèches, la face pâle ; le faciès exprimait l'abattement, la chaleur était médiocre ; le pouls, 108 à 112 ; les forces peu déprimées ; l'éruption typhoïde avait encore augmenté, les sudamina étaient assez nombreux ; la toux peu fréquente ; l'auscultation donnait les mêmes résultats ; la langue était toujours humide, rouge à la pointe ; l'abdomen peu développé, mou, mat partout ou peu sonore ; l'haleine fétide, le dévoiement variable. Les douleurs et le gargouillement avaient disparu, il en était de même du délire.

12 au 14. (Quinzième au dix-septième jour.) L'accélération du pouls disparut (84 à 96), pas de chaleur, de 21 à 24 inspirations. Le 12, éruption de trois nouvelles taches typhoïdes, elles étaient presque entièrement effacées le 14 ; toujours des sudamina ; sueurs générales assez abondantes tous les jours, bon état des forces ; disparition du râle le 14 ; pas de changement dans l'état des voies digestives ; appétit bon ; pas de symptômes cérébraux.

A partir du 15. (Le dix-huitième jour.) Il peut être considéré comme convalescent, la fièvre avait entièrement disparu, ainsi que le dévoiement ; l'appétit était bon, l'abdomen souple, cependant on sentait profondément la rate.

17. (Dix-neuvième jour.) Il commença à se lever, il avait assez sensiblement maigri; les jours suivants il se leva toute la journée ; le 19 l'abdomen était couvert de sudamina, et c'est seulement le 23 que les dernières taches typhoïdes avaient disparu.

24. Il quitta l'hôpital entièrement guéri et mangait le 1/4 depuis plusieurs jours.

Le traitement consista dans une application de dix sangsues à l'anus, le 6 mai, et l'administration d'une potion huileuse, le 9 ; les autres jours on se contenta de prescrire des boissons émollientes.

5 juin. Sa mère le ramena à l'hôpital ; elle nous apprit que pendant trois jours la guérison s'était soutenue, puis qu'il avait été pris de fièvre, de dévoiement très-abondant ; la toux avait reparu le jour où il était retombé malade, et le délire depuis cinq jours. Il y a quatre jours, une épistaxis ; depuis huit jours, perte complète d'appétit.

6. Nous le trouvâmes dans l'état suivant : La peau est chaude ; pouls, 120, régulier, mou ; 32 inspirations égales ; bon faciès ; les forces sont déprimées. On voit sur l'abdomen dix à douze taches rosées, légèrement saillantes, disparaissant à la pression; elles sont petites ; la toux est fréquente et sèche; des deux côtés en arrière, la respiration est peu forte ; râle sibilant, percussion sonore ; la langue est humide, rouge au pourtour, grisâtre en arrière ; l'abdomen est volumineux, tendu, sonore partout, douloureux à l'hypogastre ; la rate déborde les côtes de deux travers de doigt ; il dit avoir faim ; la soif est assez vive, le dévoie-

ment abondant ; il n'y a pas de céphalalgie ni de symptômes cérébraux.

7 au 9. Le mouvement fébrile persiste au même degré, l'accélération de la respiration diminue le 9 ; les taches lenticulaires augmentent de nombre et de dimension ; le 9, il y en a soixante environ sur la poitrine, l'abdomen et la partie supérieure des cuisses; elles sont parfaitement dessinées ; la toux diminue beaucoup de fréquence, et le râle sibilant d'abondance; le 9, il est borné à gauche ; la langue est humide et nette, l'abdomen toujours assez développé, mais souple ; on sent la rate ; les douleurs ont disparu ; le dévoiement persiste.

10 au 16. La convalescence se prononce ; la fièvre a disparu (96, 84); les forces sont bonnes ; les taches augmentent de nombre jusqu'au 11 juin ; à partir de ce jour, les unes pâlissent, les autres prennent une teinte un peu violacée, puis s'effacent en laissant une légère tache jaunâtre. La durée de chaque tache est de deux à quatre jours ; le 13, éruption de sudamina très-abondante sur le ventre et le tronc ; le 11, la toux a presque entièrement disparu ; la respiration est pure ; le 10, le dévoiement a cessé ; l'appétit est bon ; la rate déborde toujours les côtes. Depuis le 12, il se lève une partie de la journée.

17. L'état général était excellent, l'appétit bon ; il se levait toute la journée, et allait au jardin ; cependant on voyait encore quelques taches, et de plus quelques points de purpura.

20. Il quitta l'hôpital entièrement guéri.

Traitement. Le 6 juin, saignée de deux palettes, sang non couenneux, caillot médiocrement ferme; depuis le 7, pas de traitement actif, mauve, looch, bouillon; à partir du 15, le 1/8, le 17, le 1/4.

RILLIET et BARTHEZ, D. M. P.

IV. Asphyxie causée par l'introduction dans la partie supérieure des voies aériennes d'un morceau de bœuf de la grosseur d'un œuf de poule, chez un aliéné atteint de demence et de paralysie générale au premier degré.

Le nommé J... (Pierre), âgé de quarante-quatre ans, exerçant la profession de cocher, avait, comme tous ses confrères, la funeste habitude de se livrer à des écarts de régime très-fréquents : il s'était surtout adonné à l'abus des liqueurs alcooliques. Ce malheureux ne tarda pas à recueillir les fruits de son intempérance et de son ivrognerie. Il fut conduit à l'hospice de Bicêtre, le 30 mai 1840, dans un état complet de démence compliquée de paralysie au premier degré.

Il était d'une haute stature et d'un embonpoint considérable ; il avait toutes les apparences de la santé la plus florissante ; la face était colorée, les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires s'exécutaient avec régularité : la bouche était légèrement déviée, la parole était embarrassée, les facultés intellectuelles entièrement perverties : il trébuchait en marchant.

Je ne saurais dire ici à quel traitement il fut soumis, n'étant pas, à l'époque de son arrivée, chargé du service des aliénés ; mais peu importe; car cette maladie marche rarement vers la guérison: heureux le malade quand la paralysie reste stationnaire ! Celle de J..., faisait de rapides progrès : tous les jours la langue s'embarrassait de plus en plus ; les fonctions digestives s'exécutaient bien encore, mais déjà le malade ne pouvait plus retenir ni ses urines ni ses excréments : il mangeait seul et avec avidité. La progression était devenue difficile ; il ne pouvait marcher qu'avec peine et en se soutenant aux objets environnants.

Le 2 septembre, à la visite, il n'offrait rien de particulier et était toujours dans le même état. A la distribution des vivres, on lui donna de la bouillie : il ne se contenta pas de cette nourriture et déroba très-probablement à l'un de ses voisins une ration de bœuf qu'il mangea avec une voracité telle qu'il s'étouffa. Il tomba de dessus son fauteuil, les infirmiers accoururent, il avait perdu tout mouvement et tout sentiment ; son visage était rouge, les yeux étaient fixes, injectés et proéminents : on envoya promptement chercher l'élève de garde, mais lorsque celui-ci arriva, le malade n'existait déjà plus.

Voici quels furent les résultats de l'autopsie faite le 3 septembre à dix heures du matin, c'est-à-dire vingt-trois heures après la mort.

Le sujet est d'un embonpoint extraordinaire, il offre une teinte violacée au tronc et aux extrémités supérieures : les membres ne sont pas contractés. La face est très-tuméfiée et fortement congestionnée, les lèvres et les oreilles sont d'un bleu ardoisé très-prononcé. Il s'écoule de la bouche une bave écumeuse colorée en jaune.

Les veines jugulaires, disséquées avec soin sont gorgées d'un sang noir très-fluide ; les veines sous-clavières sont également distendues par ce liquide qui présente tout-à-fait les mêmes qualités.

J'incise le larynx dans la direction longitudinale pour examiner s'il n'y a pas de corps étranger qui ait pénétré dans cet organe, et je ne suis pas peu surpris de rencontrer *un morceau de bœuf de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant à l'ouverture supérieure du larynx, reposant sur les cordes vocales supérieures, et obstruant complètement le canal aérien.*

Les alimens ont pénétré en grande partie dans le larynx; on trouve des traces de la bouillie qu'avait antérieurement mangée le malade, jusque dans les dernières ramifications bronchiques ; elle se présente sous forme de grumeaux d'un gris rougeâtre, exhalant une odeur infecte : sa consistance est moitié solide, moitié liquide. A la couleur et à l'odeur qui s'exhale de ces substances, on est tenté d'admettre qu'il y a du vin mélangé avec ces aliments. La muqueuse aérienne est un peu brune, mais elle ne paraît pas sensiblement phlogosée.

Les poumons sont parfaitement sains à l'extérieur ; ils sont exempts de toute adhérence, remplissent exactement la cavité thoracique, sont crépitans lorsqu'on les presse entre les doigts. Quand on les incise et qu'on exerce sur eux quelque pression, il n'en sort pas de matière écu-

meuse ; coupés par morceaux et mis dans l'eau, ils surnagent.

Le cœur est considérablement hypertrophié et baigne dans une petite quantité de sérosité, qui est contenue dans le péricarde. On remarque sur la face antérieure du ventricule droit une large plaque d'un blanc opaque. Les ventricules droit et gauche contiennent une quantité considérable de sang noir fluide. Les orifices du cœur sont sains. La bouche contient encore des aliments non broyés qui remplissent sa cavité.

Le pharynx offre quelques traces de la même substance que celle qui a été retrouvée dans les bronches, mais elle existe dans cet organe en bien moins grande abondance. En enfonçant mon doigt dans le pharynx, j'en retire un morceau de bœuf ayant à peu près le même volume que celui qui était dans le larynx.

L'œsophage et l'estomac contiennent également des grumeaux d'un gris rougeâtre. L'estomac est excessivement distendu, il descend jusqu'à l'ombilic et a une position à peu près verticale : la muqueuse est d'un gris rosé un peu plus foncé dans la portion œsophagienne que dans la portion pylorique. La muqueuse s'enlève avec assez de facilité et par lambeaux considérables dans toutes les parties de l'estomac.

Les intestins n'offrent rien de remarquable.

Le foie présente une couleur ardoisée, il est d'une consistance un peu plus que normale, et gorgé de sang noir.

La rate est très-volumineuse, les vaisseaux qui viennent s'y rendre contiennent également beaucoup de sang.

La tête n'a pu être ouverte.

A ces détails anatomiques je joindrai quelques courtes réflexions.

C'est en vain que j'ai feuilleté le livre de M. Calmeil sur la paralysie générale des aliénés pour y trouver, au milieu de soixante-deux observations, un fait qui se rapprochât de celui que je viens de citer : M. Calmeil dit seulement (*loc. cit. p.*, 16), en parlant des aliénés atteints de paralysie au premier degré : « On remarque que « l'appétit augmente et que les paralytiques man- « gent avec une voracité qui a quelque chose de « la brute. »

M. Esquirol, dans son ouvrage sur l'aliénation mentale, est plus complet que M. Calmeil ; voici en quels termes il s'exprime à ce sujet : « Les « aliénés paralytiques mangent avec gloutonnerie, « ils amassent les aliments dans l'arrière-bouche « et quelquefois ne peuvent les avaler. Cet acci- « dent arrive encore, lorsque la paralysie ayant « gagné les muscles de la déglutition, cette der- « nière fonction devient presque impossible : les « aliments solides, ne pouvant plus être poussés « dans l'estomac, s'arrêtent dans l'œsophage et « compriment le larynx. Dans ces divers cas, « l'asphyxie est imminente, et tel aliéné paralyti- « que qui était agonisant est rendu à la vie dès « qu'on a débarrassé l'arrière-bouche et l'œsophage « des substances qui n'étaient pas ingérées. »

Revenons actuellement à notre malade. D'après l'exposé des recherches nécroscopiques, il était impossible que la thérapeutique intervînt, du moins d'une manière heureuse, dans un cas semblable.

Les aliments avaient pénétré jusque dans les dernières ramifications bronchiques, l'ouverture supérieure du larynx était obstruée : les vomitifs la laryngotomie, la trachéotomie et la bronchotomie même eussent été impuissants, et le malade eût infailliblement succombé.

En présence d'accidents aussi graves et aussi promptement mortels, il est bon d'insister sur cette terminaison funeste de la paralysie, terminaison qui doit être encore assez fréquente, si l'on se reporte au genre de nourriture et aux soins prodigués à ces pauvres paralytiques qui, n'ayant même pas tous les instincts de la brute, mangent sans discernement, sans mâcher leurs aliments, avalent des bouchées énormes qu'ils n'ont pas broyées faute d'instinct ou faute de dents, et s'asphyxient ainsi. Il faudrait, pour veiller à la conservation de ces infortunés, des soins et des précautions que malheureusement on ne saurait mettre en usage dans les hôpitaux sans qu'il en coutât beaucoup. Il faudrait :

1° Que les aliments fussent liquides, au moins pour les paralytiques au troisième degré ;

2° Que si des aliments solides sont distribués dans le premier et dans le deuxième degré de la paralysie, on eût soin de couper à chaque malade sa viande et son pain par morceaux excessivement petits ; qu'on veillât à ce que ces malheureux malades ne mangeassent pas avec trop d'avidité et de gloutonnerie; qu'on les fît boire souvent à chaque repas, etc. ;

3° Que des infirmiers intelligents et en assez grand nombre fussent mis dans chaque salle à l'effet de veiller sur les malades, et d'empêcher ces échanges ou ces achats d'aliments qui sont, hélas ! si souvent préjudiciables à la conservation ou au rétablissement de leur santé ;

4° Que les infirmiers eux-mêmes fussent des gens d'une moralité assez éprouvée pour qu'on n'eût pas à craindre de les voir trafiquer eux-mêmes avec les gens confiés à leurs soins, et leur procurer des vivres à prix d'argent.

Ce que je demande, je le sais, est difficile à obtenir ; mais toujours est-il que ce ne sont pas là des choses inutiles et à dédaigner, et, je ne crains pas de l'avancer, faute de toutes ces ressources et de tous ces moyens, la médecine éprouve à chaque pas des difficultés insurmontables et le médecin ou le chirurgien des revers sur lesquels il était loin de compter.

A. Millet, élève de l'hospice de Bicêtre.

V. Amputation scapulo-humérale faite par un nouveau procédé, suivie de quelques réflexions pratiques sur cette opération, par M. Bonnafon, chirurgien-major chef de service à l'hôpital de Mustapha (Algérie).

Peu d'articulations ont exercé le génie des chirurgiens comme celle qui unit le scapulum à l'humérus. C'est qu'entourée seulement de parties molles, contiguës à une surface articulaire par une capsule assez large pour lui permettre des mouvemens en tous sens, la tête de l'humérus peut, par cela même, être accessible de tous côtés à l'instrument tranchant. Mais, quel que soit le procédé qu'on veuille employer pour faire cette désarticulation, il y a toujours deux conditions essentielles à remplir : la première, de ménager les chairs de manière à ce que le lambeau qui couvre l'acromion s'applique sur cette apophyse sans effort. C'est pour ne pas remplir assez exactement cette indication que plusieurs procédés ont été rejetés dans les cas où il est possible d'en choisir un autre.

La seconde consiste à respecter l'artère axillaire jusqu'à la fin de l'opération, afin de s'assurer de l'hémorrhagie et d'épargner au patient les douleurs qu'entraîne la compression de l'artère sous-clavière sur la première côte.

De toutes les méthodes, quand l'ablation de la totalité du bras est devenue nécessaire, l'ovalaire doit être préférée, en l'exécutant d'après les procédés de M. Scoutetten ou du baron Larrey.

Si on a quelques doutes sur la lésion de l'os et qu'on ne puisse pas juger, *à priori*, sa gravité et son étendue ; quand le stylet, la sonde ou le doigt ne permettent que très imparfaitement de s'assurer si, à la fracture comminutive de la tête ou du col de l'humérus, il n'y a pas des fêlures qui s'étendent plus ou moins vers le corps de l'os, et quand les progrès de la chirurgie moderne ont enrichi la science d'une opération qui permet souvent, en enlevant la portion d'os fracturée, de conserver la totalité du membre, on doit toujours adopter le procédé qui aura pour condition : 1° de permettre de bien explorer l'état de la lésion ou des lésions ; 2° d'opérer la résection de la partie d'os malade si cette opération est suffisante ; 3° enfin, si l'état de la blessure exige l'ablation complète du membre, de pouvoir continuer l'opération comme si, par cette première incision, on n'avait eu d'autre but que la désarticulation. C'est pour avoir rempli cette triple indication que le procédé de M. Larrey a obtenu et obtient encore la préférence sur tous les autres. C'est en adoptant ce procédé que M. Baudens a obtenu de si brillants succès, soit pour la résection de la tête, soit pour désarticuler en entier l'humérus. C'est aussi ce procédé que M. Pasquier a employé avec succès pendant l'expédition de Médéah (mai 1840), et moi-même je n'ai qu'à me louer des résultats que j'en ai obtenus.

M. Baudens, qui a doté la chirurgie de plusieurs procédés opératoires que la pratique a classés très-favorablement, a déplacé la première incision du procédé de M. Larrey. Ainsi, au lieu de la faire partir, comme le recommande ce praticien célèbre, du sommet de l'acromion et s'étendant, en partageant le deltoïde, jusqu'à l'insertion humérale de ce muscle, M. Baudens la fait à la partie antérieure de l'épaule depuis l'apophyse coracoïde jusqu'à un pouce plus bas que le creux axillaire, en suivant la direction de la coulisse bicipitale de l'humérus. Si, cette incision faite, il fallait procéder à la désarticulation, voici le procédé que je n'ai encore expérimenté que sur le cadavre, mais que j'emploierai sur le vivant à la première occasion :

Après cette première incision, que je fais descendre un demi-pouce plus bas que M. Baudens, c'est-à-dire un pouce et demi au dessous de l'insertion du tendon du grand pectoral, je porte le couteau transversalement sur le bras, et j'en pratique une seconde qui contourne ses deux tiers postérieur et externe, et vient se réunir à angle droit à l'extrémité inférieure de la première. Les tégumens étant incisés et fortement rétractés, je coupe les muscles jusqu'à l'os au niveau de leur rétraction. Le lambeau résultant de la rencontre de ces deux incisions est renversé en dehors par un aide, pendant que l'opérateur détruit les brides qui unissent la face interne des muscles à l'humérus. La capsule mise ainsi à découvert dans sa moitié antérieure et externe, il l'incise avec les tendons des muscles qui se fixent à la grande et à la petite tubérosité, sépare la tête de la cavité glénoïde, glisse le couteau à plat entre l'humérus et les chairs qu'il coupe en rasant le premier jusqu'au niveau de l'angle postérieur de l'incision transversale. L'aide saisit alors entre ses doigts l'artère et le paquet de nerfs, et l'opération se termine comme dans le procédé de M. Larrey, avec cette différence qu'il faut avoir la précaution de faire tomber cette dernière incision au même niveau que la transversale, dont elle n'est que la continuation et qui, dès lors, devient circulaire.

Le résultat de cette opération est d'offrir : 1° une incision verticale à la partie antérieure de l'épaule ; 2° un moignon pareil à celui qui résulterait de l'amputation circulaire de la partie supérieure du bras.

Les avantages de ce procédé reposent : 1° sur la facilité de désarticuler la tête de l'humérus lors même qu'étant complètement séparée du corps de l'os, celui-ci ne pourrait plus servir de levier pour augmenter sa saillie ; condition qui rend fort difficile le procédé ovalaire et presque impossible la méthode circulaire ;

2° De laisser l'apophyse acromion bien recouverte, et sans que cette incision puisse

gêner la cicatrisation de l'incision verticale, comme dans le procédé de M. Larrey;

3° La cavité glénoïde est si bien abritée, qu'il est impossible que le contact de l'air puisse faire éprouver aucune crainte;

4° La plaie, ne pouvant éprouver de tiraillement dans aucun sens, est aussi favorablement disposée pour la réunion de ses bords que pour l'écoulement du pus.

Réflexions. — La désarticulatiou scapulo-humérale, facile sur le cadavre et plus ou moins prompte, suivant le procédé qu'on emploie, offre bien plus de difficultés sur le vivant. Sur le cadavre, on a en moins la rigidité musculaire et en plus la totalité du levier formé par l'humérus; ce puissant auxiliaire qui, en permettant de faire saillir la tête de cet os de quelque côté que l'opérateur le désire, facilite singulièrement la section de la capsule et des tendons qui vont s'attacher aux grande et petite tubérosités de la tête. Sur le vivant, au contraire, à la contraction des fibres musculaires se joint très souvent la séparation totale de la tête avec le corps de l'humérus. Dans ce cas, lorsqu'on a mis l'articulation à découvert, la tête, cachée sous l'apophyse acromion, est d'autant plus difficile à saisir que les muscles sus et sous-épineux, petit rond et sous-scapulaire la retiennent solidement dans sa position. L'humérus ne pouvant alors prêter son bras de levier pour la faire saillir au dehors, l'opérateur est obligé de la saisir et de la tirer directement à lui; mais ses doigts glissent et ne peuvent que faiblement aider, et, quelle que soit sa dextérité, il court en outre le risque de se blesser; les pinces ordinaires, soit à anneau, soit à pansement, ne suffisent pas à cause de la résistance que présentent les parties. Aussi, dans ces circonstances, la désarticulation de la tête est-elle, comme je l'ai vu et comme je l'ai éprouvé moi-même, excessivement longue. C'est afin de parer à cet inconvénient, qui n'a pas assez fixé l'attention des auteurs, que j'ai fait faire des pinces particulières, dont le bec est armé de trois dents qui, en s'implantant dans le tissu osseux, permettent d'exercer des tractions aussi fortes et aussi variées qu'on le jugera convenable. Cet instrument aura en outre l'avantage de ne pas gêner, comme les doigts, les mouvemens de l'instrument.

Il est inutile d'ajouter que ces pinces seront d'un secours précieux pour extraire toutes les esquilles qui n'obéiraient pas à l'action des pinces ordinaires. BONNAFON,

chir. major, chef de service à l'hôp. de Mustapha (Algérie).

VI. Hoquet convulsif ayant duré dix jours et onze nuits consécutifs.

Le sieur Blottin, cultivateur à Auffains, est atteint, le 30 juillet, de fièvres intermittes; 8 décigr. sulfate de quinine lui sont administrés en deux doses, et la fièvre cesse Néanmoins, le 3 août, il survient vers le soir un peu de céphalalgie, et au même moment commence un hoquet convulsif qui se reproduit dix à quinze fois par minute. Je ne vois le malade que le lendemain matin; persistance du hoquet, point de céphalagie, état fébrile nul. Alors je commence à mettre en usage toute la série des antispasmodiques conseillés, et je donne tour à tour, sous toutes les formes, et pendant neuf jours, sans en obtenir la moindre amélioration, l'éther, la valériane, le musc, le castoreum, l'assa-fetida et l'opium; j'emploie les révulsifs cutanés sans plus de succès. Neuf jours se passent ainsi, pendant lesquels on n'observe de repos qu'*un petit quart d'heure, cinq à six fois*, à des intervalles très irréguliers; la fréquence du hoquet est restée constamment la même. Pensant alors que, malgré la permanence de ces accidents et l'absence complète d'état fébrile, cette affection pouvait se rattacher à une fièvre intermittente, je prescrivis, le 11 août, 10 décigr. de sulfate de quinine en injections. Quelques heures après, le hoquet cessa; mais ayant eu l'imprévoyance de ne pas continuer cette médication, il reparut le lendemain avec la même opiniâtreté que les jours précédents. Le jour d'après, et les deux suivants, 10 décigr. de sulfate de quinine furent administrés, et le hoquet cessa pour ne plus se montrer. Il n'en est résulté pour le malade qu'un affaiblissement considérable, qui, du reste, ne l'a pas empêché de se rétablir promptement.

LARCHEZ, *médecin*,
à Sancheville (Eure-et-Loir).

VII. De la présence de plusieurs vers, désignés sous le nom de cysticerques, dans une tumeur ayant l'aspect d'un furoncle.

Au mois de mai dernier, une jeune femme, demeurant dans une métairie située commune de Livré, réclama mes soins pour son enfant, âgé de six ans. Cet enfant portait à la partie supérieure et latérale gauche du cou une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui ne datait que de quatre jours. Cette tumeur était rouge, chaude, douloureuse, de forme conique, et assez bien circonscrite.

En l'examinant avec soin, on voyait vers sa base un léger pertuis, au milieu duquel proéminait un petit point blanc. Ce point blanc, qui ne semblait pas faire corps avec la tumeur, était mu par un mouvement presque imperceptible. Cette circonstance rendit mon examen plus attentif. A la pression, s'écoulait, autour du point que je signale, un liquide aqueux, très limpide. La main, appliquée à plat, éprouvait une sensation particulière, faible, il est vrai, mais qui a quelque analogie, comme l'a fait observer le premier M. Piorry, avec le frémis-

sement que la main ressent de la percursion d'une montre à répétition. A l'oreille nue, on distinguait aussi un bruit, une espèce de collision. Quoique rouge, chaude, douloureuse, la tumeur, au reste, était molle, fluctuante. Tous ces signes me mirent sur la voie du diagnostic, et je n'hésitai point à prononcer que cette tumeur renfermait des vers, des hydatides. En pressant avec un peu de force avec les doigts, je fis sourdre un de ces petits vers; ensuite une ouverture de quelques lignes, pratiquée à la partie la plus déclive, donna issue à sept ou huit vers de même espèce. Ces vers, que je reconnus plus tard être des *cysticerques*, avaient une tête obronde, très petite, supportée par un cou rétréci. Le corps était comme formé d'anneaux imbriqués, parfaitement visibles à l'œil nu : il était terminé par un petit renflement, espèce de vésicule qui renfermait une matière d'apparence albumineuse. Tous ceux que j'ai pu extraire ont exécuté dans ma main quelques mouvements d'ondulation.

La tumeur fut recouverte pendant trois jours avec des cataplasmes anodins, et ensuite frictionnée avec une pommade au calomel; au septième jour, la guérison était complète.

AUG. FOURNIER,

D.-M.-P., *à Craon.*

VIII. De l'emploi du caustique de Vienne.

Depuis quelques années il a été plusieurs fois question dans votre estimable journal, du *caustique de Vienne* que M. le docteur Trousseau a remis en usage. Frappé des éloges qu'on a donnés à ce puissant moyen de cautérisation, j'ai voulu le vérifier par moi-même, et je déclare que je ne connais jusqu'à présent aucun caustique dont les effets soient aussi promps, aussi sûrs, et aussi peu douloureux. Son action est facile à limiter; elle ne s'étend jamais au-delà des parties que l'on veut cautériser, pourvu toutefois qu'on ait le soin de renfermer la pâte dans une lame de plomb recourbée en anneau, et circonscrivant exactement les points sur lesquels on veut l'appliquer. Il ne survient presque aucun gonflement autour de l'escarre qui en résulte, et la douleur qu'il occasionne, douleur toujours fort légère, cesse aussitôt que l'on a enlevé ce précieux médicament. Convaincu des immenses avantages que les praticiens peuvent retirer de ce caustique, je les engage à l'employer toutes les fois que l'occasion s'en présentera, et ils ne tarderont pas à s'apercevoir que les éloges qu'on lui a donnés, dans ces derniers temps, sont justement mérités. Lorsqu'un moyen thérapeutique est utile, on ne saurait assez le préconiser. Voici deux cas où j'en ai fait usage et où il a parfaitement réussi :

Pustule maligne.

Rougerie Pierre, âgé de quarante ans, ouvrier cardeur à la filature du Caillaud, avait l'habitude lorsqu'il travaillait jusqu'à minuit d'aller se coucher, en attendant le jour, sur des laines entassées dans une salle voisine de celle où il était occupé. Le 4 septembre en se levant, il s'aperçut qu'il avait à un pouce au dessous de l'œil droit, une rougeur semblable à celle qui résulte d'une piqûre de puce; c'était trop peu de chose pour éveiller son attention, il ne s'en occupa pas davantage, et alla recommencer ses travaux. Le lendemain, 5, cette petite rougeur avait augmenté; elle était recouverte à son centre d'une vésicule qui ne tarda pas à s'ouvrir et à laisser voir un fond jaune, d'où suintait une sérosité roussâtre. Le malade ressentait dans cette partie une chaleur brûlante; une violente céphalalgie et des nausées fréquemment répétées se déclarèrent dans la nuit du 5 au 6; de la fièvre survint, accompagnée d'un malaise général et de rêvasseries continuelles. Le 7, ces symptômes fâcheux allèrent en augmentant d'intensité; le tubercule central s'entoura d'un cercle vésiculeux, d'où s'écoulait un liquide jaunâtre. Le 8, le malade, effrayé de l'accroissement rapide des phénomèues que je viens de décrire, me fit appeler; je le trouvai dans l'état suivant :

La pustule était large comme une pièce de deux francs; elle était entourée d'une auréole rouge et boursouflée; son centre était noir et déprimé et il s'en écoulait une sérosité citrine; le nez et les paupières du côté malade étaient gonflés; la région latérale du cou, énormément distendue, forçait le malade à incliner la tête du côté opposé. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, les nausées continuaient. Le pouls était serré et fréquent. Je prescrivis une infusion de camomille romaine et je fis appliquer 20 sangsues sur la région latérale droite du cou. Je promis de revenir le lendemain matin.

Le 9, la pustule avait une étendue double de celle de la veille; elle était encore plus noire et plus déprimée au centre que le jour précédent; je me disposai donc à cautériser. Après avoir fait plusieurs incisions peu profondes sur la vésicule, et en avoir bien exprimé la sérosité qui y était contenue, je pris une lame de plomb d'un centimètre à peu près de largeur, je la recourbai de manière à en faire un anneau que j'appliquai autour de la pustule. Je fis avec la poudre caustique et quelques gouttes d'alcool une pâte dont je couvris l'espace circonscrit par ma lame de plomb. Je laissai agir le médicament pendant une demi-heure; lorsque je l'enlevai, tous les points sur lesquels il avait porté étaient frappés de mort. Une escarre noire avait succédé à la vésicule scarifiée. Le pansement consista dans l'application d'un plumasseau de charpie enduit d'un digestif animé. Le 10, mes occupations ne me permirent pas de revoir le malade. Le 11, il était

beaucoup mieux ; les progrès du mal avaient été arrêtés. La céphalalgie avait presque entièrement disparu; le pouls était plein et sans fréquence ; le gonflement du cou et de la face avait cessé. Depuis cette époque, le mieux a continué ; l'escarre s'est détachée et la plaie qui en est résultée est en bonne voie de cicatrisation.

Cancer ulcéré de la face.

F.D....., âgé de soixante-seize ans, cultivateur, portait, depuis quelques années, à la partie supérieure de la joue gauche, à quatre centimètres environ au dessous de l'œil, un tubercule gros comme une amande, et dans lequel il n'avait jamais ressenti la moindre douleur. Ce tubercule, qui avait été stationnaire pendant près de quatre ans, devint, au commencement du mois d'avril, d'une couleur livide; il prit plus de développement et finit par s'ulcérer. Cette ulcération fit de rapides progrès; elle détruisit en quinze jours les deux tiers du tubercule sur lequel elle s'était développée, et menaçait d'envahir les parties environnantes. Ses bords étaient durs et calleux; son fond était livide et saignait au moindre contact; des douleurs lancinantes s'y firent alors sentir. Le malade, effrayé, vint réclamer mes soins dans les premiers jours de mai.

Après avoir entouré, comme je l'ai dit dans l'observation première, le tubercule ulcéré avec une lame de plomb courbée en rond, je remplis entièrement tout l'espace circonscrit avec la pâte caustique préalablement préparée. Le malade se plaignit d'abord d'une douleur un peu vive, mais très supportable; cinq ou six minutes après elle avait disparu. Je laissai agir le caustique pendant une demi-heure avant de le retirer; au bout de ce temps toutes les parties qui entouraient le tubercule ulcéré étaient profondément cautérisées; la partie centrale seule ne l'était pas encore assez. Je rétrécis davantage l'anneau formé par la lame de plomb et je réappliquai de nouvelle pâte. Cette seconde application de caustique dura vingt-cinq minutes. J'enlevai alors le tout, je nettoyai la plaie aussi bien que possible, et je pansai avec un plumasseau de charpie enduit de cérat. Il ne survint aucun accident les jours suivants; il ne se manifesta ni douleur, ni gonflement; l'escarre fut douze jours à se détacher, après quoi la cicatrisation marcha régulièrement. Aujourd'hui le malade est entièrement guéri.

E. FORGEMOL,
Docteur-Médecin à Aix (Haute-Vienne).

IX. Hématémèse mortelle produite par l'ouverture de l'artère splénique dans une masse encéphaloïde communiquant avec l'estomac.

Le 18 juillet 1838, je fus appelé pour visiter, à l'hôpital de Noyon, le nommé Goullieux, âgé de soixante-un ans.

Cet homme avait le teint ordinairement pâle, mais il était bien en chair. C'est un ancien militaire, et il boit habituellement de l'eau-de-vie; ses camarades m'ont dit qu'il en avait bu quelquefois jusqu'à une bouteille dans une matinée. Cet hiver, il a eu un catarrhe pulmonaire.

On s'est aperçu, depuis quinze jours, qu'il ne pouvait ni manger ni boire, sans être pris de hoquet; depuis trois jours, il se tenait très courbé en marchant; il accusait une douleur fixe dans le côté gauche, sous les côtes, et, pour la modérer, il se serrait le corps avec un mouchoir.

Depuis long-temps il avait l'appétit irrégulier, comme tous les buveurs d'eau-de-vie; pourtant il mangeait généralement assez bien.

Dans la matinée du 18, il fut pris d'un vomissement de sang abondant, et malgré cela, ce jour-là même, il a encore bu de l'eau-de-vie.

On ne put me représenter les matières vomies; mais la description qu'on m'en fit et l'état général du malade étaient par trop en harmonie l'un avec l'autre pour qu'on pût s'y méprendre: c'était une hématémèse; jusque-là, il n'y avait pas encore eu de sang rendu par les selles.

Le sujet étant robuste et le pouls assez fort, je prescrivis une saignée du bras, la diète absolue, des boissons acides et des fomentations froides sur l'abdomen avec des lavements froids.

Peu de temps après ma visite, les vomissements de sang se reproduisirent, il y eut d'abondantes selles sanguines, et à chaque mouvement spontané ou communiqué, le sang sortait en abondance par la bouche et l'anus.

On n'osa pas le saigner, et il mourut vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, dans cette même journée.

Le lendemain 19, je fis l'ouverture du cadavre avec M. le docteur Ancelle.

Tout l'appareil musculaire était très développé; il n'y avait pas d'amaigrissement; rien n'annonçait que cet homme ait été habituellement et depuis long-temps malade ou souffrant; et si l'hémorrhagie à laquelle il a succombé pouvait faire présumer quelque chose, c'était plutôt l'ouverture d'une veine variqueuse dans l'estomac qu'une lésion organique grave; les veines superficielles des extrémités inférieures étaient gorgées de sang et faisaient saillie sous la peau.

Le ventre était plat comme chez tous les sujets vigoureusement musclés. Lorsqu'il fut ouvert, l'estomac apparut s'étendant d'un hypochondre à l'autre et descendant jusqu'au niveau de l'ombilic; il était rempli par un liquide, et ce liquide est du sang mêlé dont la quantité pouvait être évaluée à deux ou trois litres.

La queue du pancréas, qui, chez ce sujet, était plus grosse que sa tête, la rate et la partie supérieure du grand cul-de-sac de l'estomac au niveau du cardia et derrière lui, adhéraient entre eux dans l'étendue approximative d'un pouce carré.

Le pancréas ne paraissait pas malade. mais la rate, qui était réduite à la grosseur du pancréas et d'un tissu très mou, très friable et de couleur très pâle. Sa mollesse était telle qu'on la réduisait en bouillie en la pressant légèrement à travers ses enveloppes. Les membranes d'enveloppe étaient épaissies et elles avaient perdu leur transparence dans plusieurs endroits.

Cet organe avait été évidemment malade. Il renfermait dans son intérieur un calcul de la grosseur d'une petite noisette. Ce calcul était suspendu par un petit prolongement fibreux qui lui adhérait; il avait la consistance des os et il allait au fond de l'eau.

A l'intérieur de l'estomac se dessinait une masse squirrheuse ulcérée, en relief, avec ramollissement encéphaloïde à la surface, dans l'étendue d'environ deux pouces carrés. Cette masse était traversée par l'artère splénique, qui offrait, vers le milieu de la tumeur, une ouverture béante et occupant à peu près les deux tiers de la circonference de l'artère.—Cette ouverture apparaissait comme si elle était le résultat immédiat de sa section en travers par le bistouri, et il fallait y regarder de près pour la distinguer; les bords de l'ouverture de l'artère étaient luisants, lisses et recouverts par une sorte de membrane muqueuse ou membrane interne qui se continuait avec les tissus voisins.

En parcourant cette tumeur, l'artère splénique avait perdu la direction flexueuse qui lui est habituelle; elle s'était raccourcie et redressée. Sa surface interne offrait des replis nombreux qui la faisaient ressembler très exactement à l'intestin grêle dans les endroits où les valvules conniventes sont les plus nombreuses.

Les parois de l'estomac étaient minces, et à part la lésion organique dont il était le siége, cet organe était sain; mais, cependant, aux environs de la tumeur, la membrane muqueuse stomacale épaissie se détachait, et elle s'éraillait facilement comme dans les circonstances où elle est enflammée des autres tuniques.

Le reste du tube digestif était sain, ainsi que tous les autres organes contens dans l'abdomen.

Noyon, 1er octobre 1840.

D.-Al. Colson,
Méd. et chir. en chef des hôpitaux de Noyon.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Traité de l'aliénation mentale, ou de la nature, des causes, des symptômes et du traitement de la folie, comprenant des observations sur les établissements d'aliénés; par W. C. Ellis, médecin en chef de l'asile d'Hanwell. Ouvrage traduit de l'anglais, avec des notes et une introduction historique et statistique, par Th. Archambault, médecin de l'hospice de Bicêtre; enrichi de notes par M. Esquirol.

L'introduction du docteur Archambault est une espèce d'historique de la folie, dans lequel il a développé que l'aliénation mentale n'est point une maladie particulière aux peuples civilisés, quoique cependant ses formes présentent le caractère des idées générales qui dominent dans chaque siècle. Il a également fait voir que l'histoire de l'aliénation mentale présente encore un autre point de vue, c'est-à-dire qu'elle se lie aux différents systèmes philosophiques qui ont régné dans les sciences. L'analyse d'un pareil travail demanderait de longs détails, et nous ne pouvons y consacrer que quelques lignes.

M. Archambault, après nous avoir montré ce qu'était l'aliénation mentale avant et après Hippocrate, nous apprend que Celse établit trois genres de délire, et que dans la plupart des cas il préconisa le *traitement moral*. Cœlius Aurelianus vanta également ce traitement et le mit souvent en usage : il s'éleva toujours contre la méthode barbare, probablement déjà vulgaire de son temps, de tenir les aliénés dans une contrainte cruelle, chargés de chaînes, en butte à des violences corporelles de toutes sortes, même au fouet! et à ce sujet il s'écrie : « Ils délirent eux-mêmes, ceux qui, comparant les malades à des bêtes féroces qu'on adoucit par la privation des aliments ou par la soif. espèrent guérir les aliénés par ces moyens.» Paroles sublimes, mais qui n'eurent pas d'écho; car, pendant seize siècles, les aliénés languirent encore dans les fers et dans les tortures.

A l'apparition du christianisme, la folie revêtit le caractère religieux; ce fut surtout au seizième siècle, lors de la réforme, que ce genre d'aliénation prit un développement effrayant.

L'alchimie à laquelle se vouèrent de nombreux adeptes, aux seizième et dix-septième siècles, fut également l'occasion de plus d'une monomanie.

En 1792, au commencement de la révolution française, Pinel fut nommé médecin de Bicêtre, et abolit l'usage des chaînes dont étaient chargés les aliénés, et déposant, comme il le dit lui-même, son bonnet de docteur, il étudia l'aliénation mentale en dehors de toute idée théorique et revint au traitement établi quinze cents ans auparavant par le sage médecin de Sicca.

Depuis la révolution, la folie a perdu le caractère religieux qu'elle avait revêtu jusqu'alors, pour affecter maintenant une forme

tout-à-fait en rapport avec la gravité et la multitude des événements qui ont occupé les masses depuis cette époque : ainsi, maintenant, on ne rencontre que princes, généraux, fils de Napoléon, Louis XVII, millionnaires, etc.

Restons en là pour cette première partie qui est l'œuvre originale de M. Archambault, et passons actuellement à l'appréciation succincte du livre de M. Ellis.

Qu'est-ce que la folie? Telle est la première question que pose M. Ellis en entrant en matière. Est-ce une maladie physique ou morale? ou bien affecte-t-elle et l'esprit et le corps? Eh bien! disons-le, l'auteur anglais n'est réellement pas parvenu à définir la folie. Il s'est montré partisan des déductions fournies par l'anatomie pathologique, et, comme l'école de Broussais, il a conclu à la lésion inflammatoire du cerveau comme cause de l'aliénation mentale ; mais les lésions étant loin d'avoir avec cette maladie la corrélation que les médecins lui accordent, l'induction tirée de la présence des altérations organiques pour rattacher la folie à l'inflammation ou à l'irritation n'est pas légitime : c'est une hypothèse, voilà tout.

Dans le chapitre consacré à l'étude des causes, nous voyons au premier rang figurer l'hérédité. Il ne s'ensuit pas pour cela que les enfants de parents qui ont été aliénés le deviendront nécessairement eux-mêmes, surtout si la folie n'a existé que d'un seul côté ; par exemple, si elle a eu lieu du côté paternel, l'enfant peut tenir du côté maternel, *et vice versa*. A ce sujet M. Esquirol remarque que la folie est plus souvent transmissible par les mères que par les pères, et que les enfants qui naissent avant que les parents aient été fous sont moins sujets que ceux qui sont nés après.

L'auteur anglais fait observer que les mariages entre parents consanguins produisent des enfants prédisposés à la folie. Pourquoi en est-il ainsi? C'est ce qu'il est impossible de dire, mais c'est un fait qu'on ne peut révoquer en doute. Parmi les causes propres à engendrer l'aliénation mentale, M. Ellis mentionne les coups sur la tête, les coups de soleil, et enfin les progrès de l'âge.

Les causes morales sont : un exercice forcé du cerveau; des études sérieuses et trop long-temps prolongées, la misère et surtout, d'après M. Archambault, la perspective de la misère ; des méditations trop profondes sur des sujets religieux (en Angleterre où les sectes sont si nombreuses); les passions et les chagrins, etc.

La folie peut dépendre de causes d'une nature bien différente de celles qui ont été mentionnées jusqu'ici : ainsi elle est quelquefois produite par des lésions du tube digestif, par des lésions du poumon, etc.

Les femmes qui ont quelque tendance à la folie paraissent, pendant la grossesse et immédiatement après les couches, beaucoup plus susceptibles d'en être atteintes qu'à aucune autre époque de la vie. Après la délivrance, la sympathie du cerveau avec l'utérus, à la suite de la suppression des lochies, donne très-souvent lieu à l'explosion de la folie ; il en est de même de la sympathie du cerveau avec les seins à la suite du froid ou de toutes autres causes qui suspendent la sécrétion du lait. Lorsque la *folie puerpérale* a éclaté une fois, très-souvent aux grossesses subséquentes la maladie se reproduit.

La masturbation, l'ivresse, l'opium et l'inanition jouent également un rôle très-marqué dans la production de la folie.

Autant le chapitre des causes est attrayant et beau, autant celui des symptômes est faible. Il faut cependant dire que M. Ellis a présenté sur le suicide quelques considérations justes et intéressantes qui méritent toute l'attention des praticiens. M. Archambault a tâché de suppléer à la pauvreté de ce chapitre en donnant une note très-détaillée sur les hallucinations et sur les illusions.

Pour ce qui est des quelques mots écrits par M. Ellis, sur l'idiotie et la démence, les erreurs qu'on y rencontre à chaque instant, et que M. Esquirol a bien eu soin de ne pas laisser passer sous silence, feraient aussi du chapitre V un morceau fort peu instructif, si le traducteur n'avait pas donné quelques notes sur ces deux états.

L'article *traitement* du livre de M. Ellis est long et renferme de très-bons préceptes. Il est divisé en traitement physique et en traitement moral ; mais le praticien d'Hanwell n'a pas bien indiqué les cas dans lesquels l'un doit être appliqué à l'exclusion de l'autre, le moment où doivent cesser les remèdes médicaux et commencer les moyens moraux. Le traitement moral de M. Ellis est très-peu varié, et se compose presque exclusivement d'exercices manuels : on ne voit pas dans ce traité d'aliénation que l'auteur ait fait usage de cette force et de cette énergie morales qu'il faut si souvent déployer pour vaincre les répugnances et les folles idées des aliénés.

Manuel d'obstétrique, ou Traité de la science et de l'art des accouchements, contenant l'exposé des maladies de la femme et de l'enfant nouveau-né, suivi d'un précis sur la saignée et la vaccination; par A. Dugès 3e édit.

La rapidité avec laquelle les deux premières éditions de cet ouvrage se sont épuisées témoigne assez de l'appréciation du public médical; et, d'ailleurs, un manuel, quel que soit son titre et son format, est toujours bien accueilli, pour peu qu'il porte en tête un nom respectable. Dans la seconde édition, il y avait déjà plus d'ordre dans la division, plus de clarté dans la rédaction, et

les figures, faites sous la surveillance de l'auteur, valaient beaucoup mieux que celles de la première. Le professeur de Montpellier préparait une troisième édition encore plus exacte et plus complète que les autres, lorsque la mort est venue le frapper. MM. Lallemand et Franc, amis intimes de Dugès et qui s'occupaient des mêmes objets que lui, se sont faits les exécuteurs testamentaires de ses intentions, autant au moins qu'il est possible de le faire sur des souvenirs et sur des notes. Ils ont donc modifié l'œuvre de leur maître toutes les fois qu'il l'avait indiqué clairement. Ils n'ont touché au texte primitif qu'avec une grande réserve; car leur but n'est point de donner un ouvrage nouveau, un ouvrage personnel, mais celui de Dugès, avec les annotations les plus indispensables, celles qu'il a formulées d'une manière tout-à-fait explicite.

Tous ceux qui ont écrit sur les accouchements ont compris différemment les uns des autres l'étendue de leur sujet. Dugès est un des plus larges sur cette matière; car, sous la dénomination d'obstétrique, il comprend non seulement ce qui a rapport à l'état de couche, mais encore les phénomènes qui appartiennent exclusivement au sexe féminin et à la première enfance. Aussi divise-t-il en cinq parties principales les matériaux de son étude : 1° partie anatomique; 2° physiologique; 3° hygiénique; 4° pathologie de la femme; 5° de l'enfant.

La partie physiologique offre quatre divisions principales : nubilité, grossesse, accouchement, lactation. Dugès décide, en quelques lignes, que, dans la fécondation de l'ovule, le sperme est porté en substance jusqu'à l'ovaire par une absorption et un mouvement péristaltique de l'utérus et de la trompe.

Dans la section de l'accouchement, les éditeurs font observer que le travail est ordinairement fort court chez les femmes très malades : chez les phthisiques, chez celles qui sont affectées de cancer, de rhumatisme, etc., et qu'il n'est pas rare de ne le voir durer qu'une demi-heure, une heure.

La nomenclature de Baudelocque donnait quatre-vingt-quatorze positions du fœtus, nombre évidemment exagéré, car chacune des faces du tronc avait été fort inutilement subdivisée en régions secondaires. M. Capuron les a réduites à quarante-huit. Dugès n'admet que cinq régions comme pouvant se présenter à l'orifice utérin, et il en fait cinq genres dont la subdivision produit quatorze espèces. Il en donne l'exposé dans un tableau où le nom de chaque genre et de chaque espèce est suivi d'un nombre exprimant sa fréquence réelle, telle qu'elle a été observée à la Maternité de Paris, dans un exercice de dix-huit années et sur un total de 37,126 parturitions. Nous ne citerons que le titre des genres et des espèces qui sont, dans l'ordre de fréquence : 1° le *vertex* (35,375). M. P. Dubois admet quelque chose d'instinctif dans l'immense fréquence de cette position; les éditeurs ne font pas grand cas de cette explication et aiment mieux en rapporter la cause à la pesanteur de la tête comparée au reste du corps. Sans nier cette dernière influence, du moins comme circonstance adjuvante, nous croyons que celle du professeur de Paris est encore la meilleure. Pourquoi, dans les phénomènes de la nature organique, ne vouloir admettre en théorie que les lois qui régissent la matière brute, tandis que chacun des actes de la vie est presque une protestation contre le nivellement auquel ces lois tendent à soumettre tous les êtres indistinctement? Ce reproche, nous l'adressons moins, du reste, aux auteurs de cet ouvrage qu'à l'orgueilleuse école organiciste de Paris.

Le premier genre de Dugès comprend : 1° les positions occipito-antérieures, droite et gauche (1re et 2e), et les positions occipito-postérieures, également droite et gauche (3e et 4e).

Le deuxième genre comprend les positions de l'extrémité pelvienne (1,390 cas) à gauche, à droite, en arrière et en avant.

Le troisième genre est celui des positions de la face (175 cas) au nombre de deux, celles de droite et de gauche.

Les genres quatrième et cinquième sont ceux des positions des épaules, droite (103 cas) et gauche (83).

L'auteur cite des positions intermédiaires; elles sont modifiées par une inclinaison vicieuse, par la présence accidentelle de plusieurs parties à la fois, et composent une foule de variétés trop rares et surtout trop peu constantes pour entrer dans une classification méthodique.

La troisième partie est consacrée à l'hygiène, et offre à peu près la même division que la partie physiologique.

La quatrième l'est à la pathologie de la femme, et Dugès comprend dans cette partie tout état morbide de la femme relatif à ses fonctions génitales. Cette partie est la plus longue et la plus importante; elle se divise en quatre sections : la première traite des maladies qui sont particulières à la femme hors le cas de grossesse; la deuxième de la conception et de la grossesse; elle se subdivise en quatre paragraphes; le premier, sur la stérilité, n'est là que pour la forme; les trois autres sont sur les grossesses extra-utérines, l'avortement et l'hémorrhagie par insertion anormale du placenta. La section troisième parle de la parturition morbide, mais encore naturelle, et elle se divise en obstacles et en accidents dépendant soit de la mère, soit de l'enfant. La section quatrième traite de la parturition artificielle; la cinquième, de la délivrance anormale, et la sixième, des suites de couches morbides. Dans cette dernière, le paragraphe sur les abcès nous paraît un peu trop court.

La cinquième partie est consacrée à la pathologie du nouveau-né. Elle se divise en cinq sections : la première comprend les lésions

de continuité, savoir : les divisions et les réunions anormales ou accidentelles. Les éditeurs font observer que, dans un cas d'imperforation du rectum, on a réussi, par une incision profonde au devant du coccyx, à rétablir l'anus et à supprimer la fistule. La section deuxième traite des déplacements soit des os, soit des parties molles. A l'occasion des pieds bots, MM. Lallemand et Franc s'élèvent contre l'abus exagéré, selon eux, que l'on fait de la section du tendon d'Achille. Ils sont convaincus qu'après réflexion on en viendra à n'employer cette section que quand la déviation sera due à la rétraction musculaire seulement, sans déformation de la surface articulaire des os. A l'occasion des luxations congéniales, ils signalent, mais sans pouvoir s'y arrêter, la possibilité, bien démontrée par M. Pravaz, de réduire ces luxations congéniales dans le jeune âge. La troisième section contient les altérations de volume ou de nombre, telles que les hypertrophies, les excroissances, les répétitions d'organes, la diminution et la destruction de quelques parties du corps. La quatrième, très-courte, est consacrée aux vices de coloration, et la cinquième, la plus détaillée, l'est aux lésions de fonctions. Elle comprend les troubles de la circulation générale ou capillaire, auxquels Dugès rapporte pêle-mêle les fièvres, les phlegmasies, les exanthèmes. Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter ; ce sont moins les rapprochements qui sont disparates que leur réunion sous un titre trop significatif.

Afin de compléter dans cet ouvrage toute l'instruction nécessaire aux sages-femmes, on y a joint un appendice médico-chirurgical sur la saignée et la vaccination.

Vingt-trois planches aident à l'intelligence du texte. Toutes les figures dont la proportion n'est pas indiquée sont exactement réduites au quart de leur diamètre naturel.

L'ouvrage de Dugès est un bon résumé des matières de l'obstétrique. On y trouve renfermé, dans un texte de moins de 400 pages in-8°, toutes les connaissances sommaires qui sont indispensables pour passer un examen et pour les débuts de la pratique. Un avantage inappréciable, qui témoigne à la fois et des longues lectures et de la probité scientifique de Dugès, c'est que les décisions importantes sont appuyées du nom de leurs auteurs ; ces citations sont par centaines dans tout l'ouvrage, qu'on peut regarder, en définitive, comme une collection d'aphorismes rangés méthodiquement, moins la forme sèche et décousue de cette sorte de travail. Si nous avons un regret à former, c'est que, puisque les éditeurs ont fait à l'ouvrage de leur maître les honneurs du format in-8°, ils n'aient pas usé de la latitude que donnait ce mode de publication, et porté à 600 le nombre des pages, ce qui leur eût permis de compléter nombre d'articles que Dugès avait dû nécessairement proportionner à la forme exiguë et modeste d'un manuel in-16.

Recherches statistiques sur l'aliénation mentale, faites à l'hospice de Bicêtre; par MM. H. Aubanel et A.-M. Thore.

Cet ouvrage offre une succession continuelle de tableaux statistiques dans lesquels il ne faudrait pas chercher des inductions hardies et tranchées. La statistique y a fait tout ce qu'elle pouvait faire, rien de moins, rien de plus, et on doit l'en féliciter. Elle a tourné et retourné son sujet sous toutes les faces ; elle nous a présenté tous les aliénés de Paris et du monde ; elle a compté les causes, les symptômes, les guérisons, les décès, les lésions cadavériques ; mais elle a eu le bon sens de n'en point faire une synthèse ontologique ni surtout d'en tirer des conclusions de thérapeutique. A quoi donc peut servir un tel ouvrage? A plus qu'on ne pense. Il peut d'abord satisfaire la curiosité ; c'est l'avantage qu'on avoue le moins et celui qu'on apprécie le plus. Un autre bien plus important, c'est l'étude des causes de l'aliénation mentale ; il y a là de profonds sujets de méditation pour le médecin, pour l'homme d'état, voire même pour l'oisive dignité de l'Académie des sciences morales et politiques. Le sujet était donc assez vaste pour intéresser à lui seul, s'il était convenablement traité; et cette dernière question, la Société des *Annales d'hygiène et de médecine légale* l'a jugée, en décernant une médaille aux auteurs.

Il faut, avant tout, remarquer que leurs recherches ne portent que sur des individus du sexe masculin, auquel l'établissement de Bicêtre est exclusivement consacré, et que, dans les documents extraits des autres auteurs, ils ont toujours eu soin de ne reproduire que ce qui était particulier à ce sexe.

En tête du livre ils ont placé un coup d'œil historique sur l'hospice de Bicêtre ; ce n'est point une histoire complète, mais seulement une exposition fort abrégée des différentes améliorations apportées dans la division des fous depuis qu'elle existe. Le château de Bicêtre a servi de résidence à bien des grandeurs, depuis l'évêque de Winchester, qui lui a donné son nom, jusqu'à Louis XVI, qui en fit l'asile de la dernière des infortunes, de l'aliénation mentale. Mais ce ne fut que sous Pinel que l'on fit rentrer dans le domaine de la médecine le soin des fous, que jusqu'alors on avait traités comme des coupables.

Le chapitre premier, consacré aux admissions, en offre 110 pour 1784, et 549 pour 1839. Comme le font observer MM. Aubanel et Thore, ce n'est pas à dire pour cela que le nombre des aliénés augmente sans cesse. Les nombreuses améliorations introduites dans les asiles destinés aux aliénés, et le traitement souvent efficace auquel ils sont soumis, engagent les familles à placer dans les hospices des malades qu'elles avaient conservés

dans leur sein. Il faut aussi tenir compte de la population de Paris, qui a doublé depuis 1784, ainsi que d'une cause toute locale qui a été signalée par M. Esquirol, l'autorisation qui permet d'y admettre des aliénés non indigents. Les auteurs ne croient pas, du reste, que ce prodigieux accroissement soit pour continuer. Les nombreux hôpitaux d'aliénés qui s'élèvent sur tous les points de la France, et une répartition plus égale des malades, doivent bientôt faire cesser leur concentration sur Paris.

On a beaucoup signalé l'influence des événements politiques sur la folie; cependant on n'a point vu d'augmentation bien manifeste du nombre des aliénés après 1815 ni après 1830.

Les diverses statistiques sont loin de présenter les mêmes résultats pour la fréquence des différentes formes de la folie; cependant, dans presque tous ces relevés, les maniaques se trouvent en première ligne, ainsi que les déments, qui le plus souvent viennent ensuite. C'est la monomanie qui occupe la place la plus variable.

Le chapitre second, qui traite des causes, est le plus important. Quant à l'âge, les auteurs ont cru pouvoir établir que l'âge viril est celui qui prédispose le plus à l'aliénation mentale, surtout celui de 35 à 40, tandis que c'est celui de 21 à 25 qui présente le plus d'affections autres que l'aliénation mentale. L'épilepsie fait cependant exception et est presque exclusivement une maladie de l'enfance et de la jeunesse.

Le maximum des admissions est partout pour la saison d'été et le minimum pour celle d'hiver; le printemps et l'automne sont variables. Mais il n'y a encore rien de bien précis sur l'influence des saisons relativement aux différentes formes de la folie. La question de l'influence des climats est au moins aussi difficile à résoudre, et elle a donné des résultats tout opposés à celle des saisons, et d'ailleurs fort incertains. Celle de l'influence du célibat, si simple en théorie, et qui paraît donner de la défaveur à ce genre d'état civil, est immensément difficile à apprécier à Paris, où tant de célibataires sont placés dans les mêmes conditions que les gens mariés. L'influence des professions n'a pu encore être bien appréciée, quoiqu'on ait cru remarquer de la prédominance chez les journaliers, les tailleurs et les cordonniers. Le rôle de l'hérédité est beaucoup mieux appréciable, et sa fréquence est assez grande, malgré la difficulté qu'on éprouve encore à la constater.

Pour ce qui regarde les causes occasionnelles, MM. Aubanel et Thore ont trouvé que les causes morales et les excès sensuels, avec les maladies qui agissent directement sur le cerveau, ont la plus grande part sur l'étiologie de la folie; mais on ne saurait apprécier la fréquence relative des classes principales.

C'est particulièrement sur les déments que les maladies incidentes viennent fondre. La complication la plus fréquente pour eux est la congestion cérébrale; pour les aliénés, en général, ce sont la pneumonie et la diarrhée chronique.

Chaque année le chiffre des guérisons augmente, et l'année 1839 l'emporte presque du double sur celle de 1831. Sur 549 admissions, il y a eu 243 guérisons. La moitié et plus des malades guéris appartiennent à la manie; la monomanie vient en seconde ligne; mais la démence, l'imbécillité et l'épilepsie se sont presque toujours montrées incurables ou n'ont offert que des améliorations passagères.

La mortalité a suivi, pendant les années 1838 et 1839, une progression décroissante comparativement aux années précédentes. C'est sur les déments, les imbéciles et les épileptiques qu'elle porte le plus. Elle est très-faible dans la manie et dans la monomanie. Si l'âge de 35 à 40 ans doit être regardé comme une cause prédisposante de folie, il est le plus favorable aux guérisons, et celui où la mortalité ne sévit que d'une manière très-modérée.

MM. Aubanel et Thore n'ont constaté les altérations pathologiques que dans la manie, la démence et l'épilepsie, savoir, 14 fois dans la manie, 53 fois dans la démence et 3 fois dans l'épilepsie. Il serait trop long de rapporter ici ces altérations; elles ont porté les auteurs aux conclusions suivantes, en ce qui concerne les maniaques, savoir : 1° que si l'on trouve des cerveaux de maniaques parfaitement sains, il existe le plus souvent des altérations manifestes; 2° celles-ci s'observent plutôt dans les méninges et à la superficie du cerveau que dans sa profondeur; 3° elles n'ont point de fixité; quelquefois réunies sur un même individu, le plus souvent séparées; 4° quoique variées dans leur forme, elles se rapprochent de celles que nous sommes habitués à rapporter à un travail phlegmasique. Quant aux épileptiques, deux de ces malades avaient succombé à des maladies intercurrentes, et ont présenté un cerveau à peu près normal; un autre a péri à la suite d'accès très-rapprochés, et à peine a-t-on pu trouver un peu d'injection de la pie-mère. Les altérations pathologiques offertes par les déments ont été extrêmement variables.

Revue des journaux français.

Des polypes du rectum chez les enfants; par M. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine.

Il existe un assez grand nombre de traités sur les maladies des enfants pour faire supposer que toutes ont été observées et décrites avec exactitude : cependant M. Stoltz dit avoir rencontré plusieurs fois depuis quelques années, chez des enfants de deux à douze ans, une affection organique dont il a vainement cherché le nom dans nos auteurs les plus estimés ; c'est le *polype du rectum*. Cette maladie est assez fréquente et paraît n'avoir été méconnue jusqu'ici que parce qu'elle a une grande analogie avec le *prolapsus de la muqueuse rectale* que tout le monde connaît et pour laquelle on ne consulte pas de médecin. Quinze observations seulement ont été publiées sur ce sujet, et c'est en dépouillant ce que chacune de ces observations renfermait de substantiel que le professeur de Strasbourg a tracé l'histoire de cette nouvelle affection.

De ces observations il résulte que c'est entre deux et treize ans que l'enfance y est le plus exposée ; que cette affection est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Les seules causes qui ont paru agir d'une manière appréciable sur la production du polype rectal ont paru être la chute du rectum et les causes qui prédisposent à cette dernière infirmité.

La formation du polype du rectum peut, selon M. Stoltz, s'expliquer par un autre mécanisme. Par suite de la sortie réitérée de la muqueuse, qui se relâche de plus en plus, une portion peut rester pincée par les sphincters et devenir le germe d'une tumeur polypeuse qui, expulsée à chaque défécation, s'engorge, se gonfle et finit par se pédiculer.

En général, les symptômes par lesquels débute la maladie sont trop obscurs et trop faciles à confondre avec les sympômes d'autres affections pour faire reconnaître sa nature. A un degré plus avancé, la gêne que la tumeur apporte à la défécation nécessite de grands efforts qui font ordinairement sortir la tumeur pendant l'accomplissement de cet acte. Les enfants, lorsqu'ils sont assez âgés, font rentrer d'eux-mêmes la tumeur ; plus tard le polype sort plus facilement et ne rentre qu'avec grande difficulté ; c'est alors que le médecin est consulté et qu'il peut reconnaître la nature de l'affection. Au bout d'un certain temps, cette tumeur devient fongueuse, saignante, et se confond facilement avec un bouton hémorrhoïdal.

La perte mucoso-sanguinolente forme un des principaux signes rationnels du polype rectal. Mais, pour pouvoir porter un diagnostic certain, il faut avoir vu et examiné la tumeur. Si l'on ne veut pas pratiquer le toucher anal, on attend que le polype soit expulsé au dehors ; alors, en attirant à soi la tumeur, on aperçoit bientôt qu'elle est pédiculée et que son pédicule monte dans l'anus et va s'attacher au dessus du sphincter externe. La tumeur elle-même est molle, fongueuse, insensible, souvent saignante à l'attouchement ou couverte d'un mucus sanguinolent. A ces caractères, dit M. Stoltz, il est impossible de méconnaître un polype et de le confondre avec toute autre maladie du rectum.

Ces polypes sont du genre de ceux qu'on nomme muqueux et formés par une portion de membrane muqueuse étranglée, boursouflée, fongueuse.

Les écoulements de sang provoqués par le polype rectal, qui en est lui-même souvent le siége, détériorent la santé des enfants.

Il importe d'enlever ces polypes aussitôt leur nature bien constatée. La ligature seule, l'excision seule, ou l'une et l'autre réunies sont les seules opérations qu'on doive leur appliquer. M. Stoltz donne la préférence à cette méthode mixte qui met à l'abri de l'hémorrhagie.

Ce professeur n'est pas éloigné de croire que souvent la nature seule suffit à détacher la tumeur par une rupture spontanée de son pédicule, et que, dans d'autres circonstances, les fécès produisent en passant cette rupture.

Emploi de la pommade de belladone contre le phymosis et le paraphymosis accidentel; par M. Paul de Mignot, D. M. P.

M. Paul de Mignot a, dans son mémoire, rapporté deux observations assez intéressantes d'individus affectés de paraphymosis accidentels et chez lesquels les accidents étaient très-graves, puisque le gland était sur le point de tomber en gangrène; les émollients, les réfrigérants n'eurent aucun succès; les malades se refusèrent à une opération. Le médecin eut alors recours à l'extrait de belladone, agent puissant dont l'usage n'est peut-être pas assez répandu. Il l'employa en frictions autour du gland et incorporé dans une pommade dont voici la formule :

Cérat simple..... 30 grammes.
Extrait de belladone.. 12 grammes.
Eau distillée..... quantité suffisante.

Les frictions furent renouvelées toutes les heures, et bientôt, sous l'influence de ce remède, le cercle de constriction formé par le prépuce autour du gland se relâcha, se dilata, et peu à peu les tissus reprirent leur position normale.

L'auteur de ce travail a également mentionné l'observation d'un homme atteint de

phymosis accompagné de chancres et de bubons, et chez lequel, trois jours après l'emploi de la pommade de belladone, la dilatation de l'orifice prépucial était complète.

M. Paul de Mignot termine en disant que la pommade de belladone rendrait de grands services à la science et à l'humanité, si elle produisait toujours d'une manière aussi heureuse la dilatation du prépuce. Il engage les praticiens à faire de nouvelles expériences sur un agent thérapeutique dont l'action paraît si souveraine.

A la fin du mémoire de M. de Mignot se trouve un *nota* dans lequel l'auteur préten qu'on pourrait dépasser la dose d'extrait d belladone qu'il a prescrite, si l'on se serva de l'extrait habituellement préparé dans le officines. Il n'en serait pas de même si l'o employait celui qu'on prépare par l'évapora tion du suc exprimé de la plante récente Alors il serait prudent, pour commencer, de ne porter la dose qu'à quatre grammes au lieu de douze. Ce médecin n'a point observé de phénomènes généraux, point d'étourdissement, point d'affaiblissement de la vue, ni même de dilatation de la pupille.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Invagination de l'intestin grêle guérie par la gastrotomie.

M. Bouley rapporte qu'un vétérinaire appelé pour voir une génisse qui souffrait de coliques depuis quelques heures seulement, soupçonna un étranglement interne, introduisit son bras dans le rectum et sentit dans la fosse iliaque une tumeur. Le septième jour, les symptômes persistant, ce vétérinaire pratiqua la gastrotomie, et, se guidant sur la tumeur de la fosse iliaque, eut assez de bonheur pour tomber sur la portion d'intestin grêle, siége des phénomènes prétendus d'étranglement et qui n'étaient en réalité dus qu'à une invagination de cinq à six pouces d'intestin. Les séreuses des parties invaginées avaient déjà contracté de légères adhérences qu'il fallut rompre. L'opération consista simplement à exercer des tractions légères sur l'invagination. L'intestin était d'ailleurs parfaitement sain. Une suture réunit la plaie faite aux parois abdominales.

Il est probable que chez les chevaux une pareille opération ne pourrait guère réussir, car cette race est beaucoup plus que la race bovine sujette aux inflammations péritonéales.

Observation d'empoisonnement par l'acide arsénieux; traitement par le colcothar; par le docteur Bouillet. (Rapport de M. Chevallier.)

Une personne, dans l'intention de se donner la mort, prit six grammes d'acide arsénieux le 11 novembre. Appelé quelques heures après, M. Bouillet administra soixante grammes de colcothar dans de l'eau sucrée : les symptômes ne s'amendant pas, M. Bouillet commença un traitement diurétique et purgatif; mais cette médication n'eut pas plus de succès que la première, et la malade succomba le 16 novembre.

Les urines recueillies pendant la vie donnèrent de l'arsenic par l'appareil de Marsh; on en trouva également dans les matières de vomissement. De cette observation M. Bouillet a tiré les conclusions suivantes :

1° Dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, on ne retire pas d'avantages d'un traitement diurétique;

2° L'arsenic passe dans les urines des personnes empoisonnées par cette substance;

3° Cet arsenic devient de plus en plus considérable dans les urines, à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'empoisonnement.

M. le rapporteur trouve que cette dernière conclusion n'est pas fondée, car elle ne s'appuie sur aucun des faits contenus dans l'observation.

M. Orfila fait quelques réflexions à ce sujet sur l'emploi du colcothar et du péroxyde de fer hydraté. Selon lui : 1° le colcothar ne doit jamais être employé comme contre-poison de l'acide arsénieux parce qu'il ne neutralise pas sensiblement ce poison, même à une dose exorbitante; 2° le péroxyde de fer *hydraté sec* absorbe et neutralise une assez grande quantité d'acide arsénieux en formant un sous-arsénite de fer vénéneux, mais moins délétère que l'acide arsénieux.

3° Il est utile d'administrer ce péroxyde hydraté sec, après l'avoir délayé dans l'eau, surtout si l'on fait vomir; car alors, indépendamment de la portion de poison expulsée, à *l'état d'acide arsénieux*, par le vomissement, les malades rejettent encore le sous-arsénite de fer qui s'est formé dans l'estomac et qui renferme une assez forte proportion d'acide arsénieux.

4° L'on doit peu redouter, dans le cas où il n'y aurait pas de vomissement, la présence du sous-arsénite de fer dans l'estomac, quelque vénéneux que soit ce sel, parce que, au fur et à mesure que les acides de l'estomac le décomposent, l'acide arsénieux mis en liberté est saisi et neutralisé par une autre portion de péroxyde, lequel, comme on l'a constamment prescrit, *doit avoir été employé à haute dose*. Quant aux diurétiques, M. Orfila les regarde comme puissants dans le traitement d'un empoisonnement par l'acide arsénieux.

(Séance du 23 mars.)

Abus dans l'exercice de la pharmacie.

Il y a déjà quelques mois, à propos d'une pétition adressée par deux cent cinquante pharmaciens au ministre du commerce, sur la répression des abus dans l'exercice de la pharmacie, M. Bouley exprima le vœu que l'Académie joignît auprès du ministre des travaux publics ses réclamations à celles des pharmaciens. Une commission nommée à cet effet, et composée de MM. Bouley, Cornac, Adelon, dut rédiger un rapport que M. Adelon, rapporteur, vient aujourd'hui soumettre à l'approbation de l'Académie. Les commissaires ont cru devoir ajouter à leur travail des considérations tendant à la prohibition absolue des brevets d'invention pour médicaments.

Après quatre séances orageuses consacrées à la rédaction et à la commentation des cinq articles dont se compose le rapport de M. Adelon, l'Académie a passé outre, et a ajourné la discussion de questions aussi importantes.

Résection de l'articulation du coude.

Depuis le 20 juillet 1839 jusqu'au mois de no-

vembre 1840, M. Roux a pratiqué trois fois cette opération avec succès. Ce ne sont pas les seules qu'il ait faites. Le nombre total des opérations de ce genre, tentées par lui depuis 1812, est de onze, parmi lesquelles il y a eu seulement trois résultats funestes. Toutes les fois que l'articulation du coude est compromise seule dans les tumeurs blanches, et que les lésions des os ne s'en éloignent pas trop, M. Roux préfère la résection à l'amputation du bras.

Fistule hépato-pleuro-bronchique.

M. Jules Pelletan présente le poumon, la plèvre et le foie d'un homme mort dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Cet individu fut pris, quelque temps avant sa mort, d'une expectoration très abondante de matière de couleur jaune, offrant quelque ressemblance avec la bile. M. Pelletan songea à la faire analyser; mais, par des circonstances indépendantes de sa volonté, l'analyse ne fut pas achevée. A l'autopsie, on a trouvé dans le lobe droit du foie, beaucoup moins développé que le gauche, un kyste qui a détruit toute l'épaisseur du lobe droit, le diaphragme, et communiquait avec la plèvre qui forme une poche à cet endroit. La poche pleurale a refoulé et condensé la portion voisine du poumon, et s'est ouvert, à travers la substance de cet organe, un conduit fistuleux qui arrive dans les bronches. C'est par cette voie que le liquide du kyste est arrivé dans les ramifications bronchiques, et a été expectoré.

(Séance du 30 mars.)

Après la lecture du procès-verbal, M. Orfila demande la parole, et s'exprime en ces termes :

Le mémoire lu par MM. Flandin et Danger, dans la dernière séance, renferme des faits qui, s'ils étaient exacts, infirmeraient en partie ce que j'ai établi dans mon travail sur l'arsenic. Déjà certains journaux se sont empressés de propager les idées de notre honorable confrère, avec des commentaires tels, qu'à les croire, il ne resterait rien de mes expériences. Je me dois à moi-même et je dois à la vérité de ne pas garder plus longtemps le silence, et je viens demander à l'Académie d'ordonner que la commission chargée d'examiner la note de MM. Flandin et Danger se mette en communication avec moi, afin de s'assurer :

1° Que les taches obtenues par MM. Flandin et Danger avec du sulfite et du prosphite d'ammoniaque et de l'huile de térébenthine, n'offrent aucun des caractères des taches arsenicales pures;

2° Qu'elles ne sauraient être confondues non plus avec les taches arsenicales que l'on recueille en carbonisant par l'acide azotique les viscères des animaux empoisonnés par l'arsenic, quoique ces taches contiennent de la matière organique ;

3° Que l'on n'obtient jamais la moindre tache, contrairement à l'assertion de MM. Flandin et Danger, en carbonisant convenablement les viscères des animaux non empoisonnés;

4° Qu'on n'en obtient pas davantage quand on détruit la matière organique par le nitrate de potasse ;

5° Que les taches arsenicales retirées, à l'aide de ce nitrate, des viscères des animaux empoisonnés, sont pures et sans mélange de matière organique ;

6° Que dans l'état actuel de la science, il n'existe aucune tache que l'on puisse confondre avec la tache arsenicale;

7° Qu'il est sans doute plus avantageux, dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, de recueillir outre les taches arsenicales, *un anneau* d'arsenic métallique ; que cela devient même nécessaire lorsque ces taches n'offrent pas l'ensemble des caractères qui suffisent pour les faire reconnaître. C'est ce que j'ai dit le premier en janvier 1839, deux ans avant MM. Flandin et Danger (voyez mon premier mémoire). Là j'ai positivement prescrit de fixer quatre ou cinq taches sur une capsule, puis de faire arriver le gaz dans un tube de verre, afin d'obtenir *un anneau* d'arsenic; depuis j'ai simplifié l'appareil à ce point que j'obtiens à la fois avec un *seul tube* et l'anneau et les taches ;

8° Que je n'accepte pas l'explication qui m'a été donnée par MM. Flandin et Danger, quelque flatteuse qu'elle soit pour moi, savoir, qu'ils ne doutent pas de l'efficacité et de l'exactitude de mes procédés quand ils seront mis en pratique par moi ou par des médecins habiles; car je prétends que tout homme doué d'une aptitude médiocre doit réussir du premier coup, ces procédés étant beaucoup plus simples que tous ceux qui ont été proposés jusqu'à ce jour;

9° Qu'il n'est pas vrai que les animaux n'urinent jamais, lorsqu'ils sont sous l'influence de l'acide arsénieux : je démontrerai le contraire à la commission et je lui ferai voir que l'on peut, à l'aide de certains diurétiques, faire uriner plusieurs des animaux qui probablement n'auraient pas uriné ou auraient à peine uriné sans cette médication ;

10° Que les objections faites par MM. Flandin et Danger au système de recherches médico-légales que j'ai proposé ne soutiendront pas le plus léger examen.

(Séance du 6 avril.)

Cette séance entière a été consacrée à la discussion du rapport de M. Adelon sur l'abus dans l'exercice de la pharmacie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le manque d'espace nous a empêché de rendre compte, dans le dernier numéro, du mémoire suivant.

Nouvelles recherches concernant l'action de la garance sur les os ; par M. Flourens.

Dans trois mémoires précédents, l'auteur s'était servi de l'action de la garance pour suivre la marche de l'accroissement des os en longueur. Duhamel et J. Hunter avaient déjà mis les physiologistes sur la voie de ces expériences ; mais ils n'avaient point songé à profiter de l'action de cette substance pour démêler et suivre la marche de l'accroissement des os en longueur. Cependant, l'action de la garance démontre aussi bien l'accroissement en longueur que l'accroissement en grosseur. M. Flourens en a soumis, pour preuve, plusieurs pièces à l'Académie.

La pièce n° 1 est le tibia d'un jeune porc. Cet animal a d'abord été soumis au régime de la garance pendant un mois, puis il a été soumis à la nourriture ordinaire pendant quatre mois ; enfin, il a de nouveau été soumis au régime de la garance pendant un mois, et il a été tué. Le tibia, scié en long, offre, dans toute sa longueur, trois couches parfaitement distinctes : une interne rouge, une intermédiaire blanche et une externe rouge. Mais ce qu'il importe surtout de noter, c'est que si l'on examine les deux extrémités de l'os, tant la supérieure que l'inférieure, on y voit deux masses ou portions de tissu spongieux ou réticulaire juxtaposées et parfaitement distinctes l'une de l'autre par leur couleur. La première de ces masses, celle qui touche au canal médullaire,

est blanche ; la seconde, celle qui termine l'os, est rouge. Or, de ces deux masses, l'interne ou la plus ancienne, puisqu'elle répond aux quatre mois du régime ordinaire, est blanche, et la terminale, qui répond au dernier régime de la garance, est rouge. Donc les os croissent en longueur en allant du centre aux extrémités, par masses ou couches qui se juxtaposent, comme ils croissent en grosseur, en allant de dedans en dehors, par lames ou couches qui se superposent.

Les os tirés de divers autres bocaux offrent tous le même résultat, savoir : que l'action de la garance donne l'accroissement des os en longueur, comme il donne leur accroissement en grosseur, et il est singulier que Duhamel et John Hunter ne s'en soient pas aperçus dans leurs expériences si ingénieuses.

Plus loin, M. Flourens en revient à ses expériences par la garance, et cherche à voir d'une vue générale le mécanisme par lequel les os croissent et se développent. Or, ce mécanisme consiste évidemment dans une mutation continuelle de toutes les parties qui les composent. Cet os, dit-il, que je considère et qui se développe, n'a plus en ce moment aucune des parties qu'il avait il y a quelque temps, et bientôt il n'aura plus aucune de celles qu'il a aujourd'hui. Et, dans tout ce renouvellement perpétuel de matière, sa forme change très-peu. Là est une des premières et fondamentales lois qui régissent les organismes. Dans tout ce qui a vie, la forme est plus persistante que la matière. Buffon avait déjà dit : « Ce qu'il y a de plus constant, de plus invariable dans la nature, c'est l'empreinte ou le moule de chaque espèce ; ce qu'il y a de plus variable et de plus corruptible, c'est la substance. » Georges Cuvier s'est plu à développer cette belle idée. « Dans les corps vivants, dit-il, aucune molécule ne reste en place; toutes entrent et sortent successivement: la vie est un tourbillon continuel, dont la direction, toute compliquée qu'elle est, demeure constante, ainsi que l'espèce des molécules qui y sont entraînées, mais non les molécules individuelles elles-mêmes ; au contraire, la matière actuelle du corps vivant n'y sera bientôt plus, et cependant elle est dépositaire de la force qui contraindra la matière future à marcher dans le même sens qu'elle. Ainsi la forme de ces corps leur est plus essentielle que leur matière, puisque celle-ci change sans cesse, tandis que l'autre se conserve. »

Si l'on considère, en effet, l'accroissement en grosseur sur le tibia, sur le fémur de ce jeune porc, qui, après avoir été soumis au régime de la garance pendant un mois, a été rendu à la nourriture ordinaire pendant six mois, on voit à l'intérieur une couche rouge ; mais avant que cette couche rouge se fût formée, il en existait une autre qui était blanche, et qui a déjà disparu : cette couche rouge, qui est à présent la plus ancienne, était donc naguère la plus nouvelle ; et quand elle était la plus nouvelle, elle qui bientôt ne sera plus, toutes les couches blanches qui se sont formées depuis n'existaient pas encore.

L'accroissement en longueur donne les mêmes faits, et peut-être de plus surprenants encore. Les extrémités de l'os changent complètement pendant qu'il s'accroît. En effet, la tête de l'os, qui se trouvait au point où finit la couche rouge, et qui avait elle-même une couche rouge, n'est plus; elle a été résorbée ; et celle qui est maintenant n'existait pas alors ; elle s'est formée depuis.

Le mouvement par lequel s'opère l'accroissement dans le jeune animal se continue dans l'animal adulte, puisque les os de ce dernier se colorent par la garance ; mais il ne s'y continue que très-ralenti.

Malheureusement la garance n'agit que sur les os ; il serait cependant bien important de trouver une substance qui agît aussi sur les autres parties. M. Flourens cherche et ne désespère pas de trouver. Déjà, parmi plusieurs substances non encore essayées sous le point de vue qui nous occupe, il s'en est trouvé une, l'acide aloétique, qui colore les os en violet. Un pigeon auquel il en a donné, quoique en très-petite quantité, offrait déjà cette teinte dans la peau, le tissu cellulaire et les cartilages.

M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie l'exposé de recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil. Ces recherches conduisent à l'interprétation scientifique de la persistance d'action des muscles de l'œil, après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme ; elles éclairent sur la méthode à suivre dans cette opération, et peuvent jeter quelques lumières sur les mouvements de l'œil et des paupières étudiés dans l'état normal.

L'œil n'est pas en contact, comme l'écrivent les anatomistes, avec les graisses de l'orbite : il en est séparé par une capsule fibreuse dans laquelle il peut se mouvoir avec facilité. Cette capsule, concave et ouverte en devant, s'insère sur l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil, sans être en contact avec eux, et se termine aux paupières qui en forment le prolongement. Les muscles droits et obliques la traversent pour se rendre à l'œil, et contractent avec elle des adhérences intimes ; ils ont ainsi deux insertions: l'une à la sclérotique, l'autre à la capsule fibreuse, et ils ne peuvent se mouvoir sans transmettre à celle-ci tous les mouvements qu'ils exécutent.

L'existence autour de l'œil d'une aponévrose non décrite jusqu'à présent et la double insertion en avant des muscles oculaires sont les deux dispositions anatomiques que je me propose de faire connaître dans cette lettre. En les décrivant, je montrerai quelle est leur influence sur les mouvements de l'œil et des paupières. Les faits, ainsi rapprochés de leurs conséquences, seront plus aisément compris dans leurs détails, mieux appréciés dans leurs applications.

On sait que, lorsqu'un des muscles de l'œil a été coupé dans l'opération du strabisme, l'action exagérée d'où résultait la maladie cesse immédiatement, et que les mouvements qu'on attribue au muscle divisé s'exécutent comme dans l'état normal. L'explication de ces effets doit, pour être satisfaisante, s'appliquer indistinctement à tous les muscles de l'œil, puisque la persistance de leurs fonctions s'observe après qu'on a coupé l'un ou l'autre d'entre eux ; elle ne doit supposer aucun phénomène qui exige, comme la cicatrisation, un travail de plusieurs jours, puisque les mouvements que déterminent les muscles divisés se manifestent immédiatement après que leur section a été faite. L'explication anatomique que je vais présenter est la seule qui réunisse cette double condition. Elle est fondée sur ce fait que les muscles de l'œil s'insérant tout à la fois à la sclérotique et à la capsule fibreuse, on ne coupe, dans l'opération du strabisme, que la première de ces insertions. La seconde persiste tout entière, le muscle continue à agir sur la capsule, et, par l'intermédiaire de celle-ci, transmet à l'œil ses

contractions simplement affaiblies. Les dissections et les expériences suivantes sont nécessaires pour vérifier ces assertions.

On enlève le globe de l'œil en ayant soin de couper les muscles qui s'y attachent, ainsi que le nerf optique, aussi près que possible de la sclérotique. La capsule fibreuse se voit alors distinctement avec toutes les dispositions que j'indiquais plus haut; les muscles coupés peuvent être retrouvés à la surface interne, et l'on peut s'assurer qu'ils la traversent obliquement, et contractent avec elle les adhérences les plus intimes. Celles-ci sont si fortes, qu'en découvrant les muscles à leur partie postérieure, et exerçant des tractions sur eux, on les déchire plutôt que de les séparer de la capsule, et que tous les mouvements qu'on leur imprime se communiquent à cette dernière.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte que les muscles de l'œil ne peuvent se contracter sans faire mouvoir la capsule, on cherche à déterminer comment celle-ci adhère à l'œil et peut lui communiquer les mouvements qu'elle reçoit. Sur une autre pièce anatomique on écarte fortement les paupières et l'on enlève la conjonctive, après avoir reconnu l'adhérence circulaire qu'elle établit entre l'œil et la capsule fibreuse. Ces deux parties se montrent alors écartées l'une de l'autre de deux à quatre millimètres; l'intervalle qui les sépare est rempli d'un tissu cellulaire très-lâche que traversent les colonnes formées par les muscles qui vont se rendre à la sclérotique.

Après ces dissections doivent venir les expériences sur une pièce qui n'a pas encore servi; on enlève la paroi supérieure de l'orbite dans ses deux tiers postérieurs et l'on met à découvert un muscle, le droit interne, par exemple. On s'assure qu'une traction exercée sur lui tire l'œil en dedans, et on le coupe ensuite à son attache à la sclérotique. Cette section terminée, on peut imprimer à l'œil les mêmes mouvements qu'avant qu'elle eût été faite, en ayant soin toutefois d'exercer sur la portion orbitaire du muscle des tractions beaucoup plus étendues qu'on ne l'avait fait d'abord.

La même expérience, répétée sur les autres muscles, réussit également; mais il faut pour cela changer de pièces; car si l'on pratique plusieurs sections sur le même sujet, les adhérences de la capsule fibreuse à l'œil, successivement divisées, sont impuissantes à transmettre les mouvements de l'une à l'autre. La dissection étendue de la conjonctive suffit même, à elle seule, pour détruire la possibilité de cette transmission, preuve expérimentale que si un muscle détaché de la sclérotique, par des sections aussi bornées que possibles, peut encore agir, quoique plus faiblement, sur le globe oculaire, cette dernière action peut être détruite, si l'on a disséqué la conjonctive dans une trop grande étendue. Sans doute c'est dans des cas de ce genre que l'on a produit des strabismes en sens inverse de ceux que l'on voulait guérir.

La double insertion en avant des muscles de l'œil et les adhérences de cet organe à sa capsule fibreuse expliquent, il est vrai, la persistance d'action des muscles après qu'on les a coupés, et indiquent les conditions de cette persistance, mais ils ne conduisent pas à connaître la méthode à suivre dans l'opération du strabisme.

Cette connaissance me paraît ressortir, en partie du moins, des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée, et que Ténon a fait connaître sous le nom de membrane nouvelle de l'œil. Cette membrane, bien distincte de la capsule que j'ai décrite, se confond avec les gaînes fibreuses des muscles, et sert à les unir les unes aux autres, formant ainsi une couche intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique.

Il faut la traverser dans l'opération du strabisme, et lorsque, par sa section, on est arrivé dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'œil, le stylet glisse sans obstacle derrière la gaîne des muscles, et l'on peut couper ceux-ci avec leurs aponévroses sûrement et en totalité. Je me suis assuré, sur le vivant comme sur le cadavre, de la facilité étonnante que la connaissance de la membrane de Ténon donne à la section des muscles de l'œil. Cette connaissance est aussi importante dans l'opération du strabisme que celle de la gaîne des artères dans la ligature de ces vaisseaux.

Il est plusieurs particularités que présente l'action physiologique des muscles de l'œil, et dont la cause se trouve dans les dispositions anatomiques que je décris dans cette lettre. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'influence des muscles droits sur le mouvement des paupières. On s'est demandé, sans en trouver la solution, quel muscle abaisse la paupière inférieure, et comment s'établit cette harmonie admirable qui met toujours en rapport les mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières avec ceux que le globe de l'œil exécute dans le même sens. Ces phénomènes sont faciles à comprendre, dès qu'on sait que les cartilages tarses sont la continuation d'une capsule fibreuse à laquelle s'insèrent et que mettent en mouvement les muscles élévateur et abaisseur de l'œil. Ces derniers ne peuvent se contracter sans agir tout à la fois sur l'œil et sur les paupières; et la cause de cette action simultanée est tellement anatomique que sur le cadavre on ne peut tirer ces muscles en arrière après avoir découvert leur moitié postérieure sans que les paupières ne se meuvent en même temps et dans le même sens que le globe oculaire.

Je pourrais entrer dans des détails beaucoup plus étendus sur l'anatomie des annexes de l'œil et sur les conséquences que l'on en peut déduire; mais je dois me borner, dans une lettre, à esquisser le travail que je me propose de faire sur ce sujet. Il me suffit dans ce moment, où l'importance physiologique des muscles de l'œil sur les phénomènes de la vision ressort si évidemment des suites de l'opération du strabisme, d'avoir ouvert une voie nouvelle, par une anatomie plus exacte, à l'étude de ces muscles dans l'état de santé, et d'avoir donné une raison incontestable de la persistance d'action des muscles de l'œil après la section de leurs adhérences à la sclérotique. Sous le rapport de cette persistance de fonctions, l'expérience avait démontré des faits que les connaissances acquises ne permettaient pas de prévoir, qu'elles ne pouvaient même pas expliquer; la science s'était laissé dépasser par la pratique; je crois l'avoir, par mes recherches, conduit au point où la pratique elle-même était arrivée (1).

Veuillez agréer, etc.

BONNET.

(Séance du 1er mars.)

Recherches sur le strabisme; par M. Lucien Boyer.

Après avoir présenté, dans son mémoire, le résultat d'expériences faites sur des animaux vivants, l'auteur fait connaître le procédé opératoire auquel il s'est arrêté. Ce procédé diffère à certains égards de celui de Stromeyer et de Dieffenbach; au lieu de saisir la conjonctive ou même la sclérotique avec les érignes qu'emploient la

plupart des opérateurs, instruments qui peuvent déchirer les tissus et déterminer des accidents graves, M. L. Boyer se sert de pinces au moyen desquelles il saisit la membrane muqueuse et lui fait former un pli sur lequel il portera son incision. Il ne place ses élévateurs qu'après avoir placé la première de ces pinces et n'emploie aucun instrument piquant ni tranchant, mais seulement des ciseaux courbes mousses à l'extrémité. Aussitôt qu'il a incisé la membrane muqueuse et la couche celluleuse sous-jacente, il fait saisir avec une première pince l'insertion aponévrotique du muscle; il prétend par cette manœuvre éviter l'arrachement de la conjonctive, et diriger le globe de l'œil avec plus de précision : il introduit entre le muscle et la sclérotique l'extrémité du crochet mousse qui contourne l'insertion du muscle et le ramène en avant. Ayant remarqué que l'on éprouve quelquefois de la difficulté à passer la branche des ciseaux sous le muscle pour le couper, M. Boyer a fait construire un crochet double dont les deux branches s'écartent par le mécanisme des pinces croisées, soulèvent le muscle et permettent de le couper à distance du globe de l'œil sans risquer de blesser la sclérotique.

Ce dont il importe surtout de s'assurer immédiatement après l'opération, c'est que le globe oculaire n'est plus retenu dans sa direction vicieuse; car, dans ce cas, il resterait encore à trancher ou quelques fibres du muscle, ou quelques adhérences celluleuses de la gaîne. Beaucoup d'insuccès sont dus, selon l'auteur, à l'inobservation de ces préceptes, à la trop grande timidité qui a présidé à l'opération ou à la rapidité trop grande avec laquelle on a voulu l'exécuter.

(Séance du 8 mars.)

M. Baudelocque écrit relativement à la nécessité de ne pas couper le cordon ombilical dans le cas d'asphyxie ou d'apoplexie de l'enfant nouveau-né. Il assure que depuis qu'il met en usage ce précepte déjà donné par plusieurs accoucheurs célèbres, il n'a pas perdu un seul enfant, quelle que fût, d'ailleurs, la gravité de son état. En effet, alors même que les artères ombilicales ont cessé de battre, le sang qui parcourt la veine du même nom suffit seul, dans beaucoup de cas, pour revivifier le fœtus. Si à ce moyen de traitement on ajoute la stimulation du cœur et des autres organes par des frictions faites avec des linges très-chauds sur la région précordiale et la partie supérieure de la tête, puis qu'après huit ou dix minutes, on coupe le cordon, qu'on plonge l'enfant dans un bain plus que chaud pour le frotter de nouveau, et qu'enfin, si la respiration reste encore incomplète, on fasse perdre du sang à l'enfant, en lui mettant une ou deux sangsues sur le haut de la poitrine, après avoir fait avec la lancette une ou deux mouchetures à la peau, afin que les sangsues mordent plus facilement, on voit l'enfant le plus engorgé de sang revenir peu à peu à la vie.

M. Fourcault adresse à l'Académie les résultats des observations qu'il a faites dans un voyage récent en Belgique, sur cette sorte d'ophthalmie qu'on désigne, dans le pays, sous le nom d'*ophthalmie militaire*, parce que c'est sur les soldats qu'elle sévit le plus. M. Fourcault pense, d'accord avec quelques praticiens belges, que cette maladie est contagieuse; il croit, en outre, qu'on doit revenir à l'opinion qu'elle s'est introduite en Belgique à l'époque de l'invasion et par suite des communications avec les armées anglaise et prussienne, chez lesquelles elle était déjà régnante.

(Séance du 15 mars.)

Sur la cause et le traitement chirurgical de la myopie; note adressée à l'Académie des sciences, le 15 mars 1841; par le docteur J. Guérin.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie les conclusions suivantes d'un mémoire sur la myopie, que je me propose de présenter dans une des prochaines séances.

1° Il existe deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme, la *myopie mécanique* ou musculaire, et la *myopie optique* ou oculaire. La myopie mécanique résulte, comme le strabisme de la même espèce, de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil.

2° Dans la myopie mécanique, les muscles trop courts sont les quatre muscles droits simultanément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

3° Très-fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit rétracté, mais à un faible degré.

4° Les caractères de la myopie mécanique sont, comme ceux du strabisme mécanique, fournis par la forme du globe oculaire et par les mouvements des yeux. La moitié antérieure du globe de l'œil est conique, la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts. Les mouvements des deux yeux sont plus ou moins bornés en haut, en bas, en dedans et en dehors, suivant le degré de raccourcissement des muscles et le nombre des muscles raccourcis.

5° Le traitement actif de la myopie mécanique doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou rétractés.

J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, tantôt pour des cas compliqués de strabisme, tantôt pour des cas de myotomie simple, sans strabisme. Je citerai, parmi les cas les plus remarquables, celui d'un homme âgé de cinquante ans, affecté d'un léger strabisme divergent, et qui avait été réformé il y a trente ans pour cause de myopie. Il pouvait lire avec les verres n° 3; trois jours après l'opération il a pu lire couramment sans lunettes les caractères du *Moniteur*. Je citerai encore un jeune homme âgé de dix-huit ans, fils d'une mère myope dont la mère avait également la même infirmité. Ce jeune homme a été présenté à M. Arago avant l'opération : il ne pouvait pas distinguer les caractères cicéro à plus de 12 centimètres, mais lisait couramment à la même distance, et à une distance plus éloignée, avec des lunettes n° 7. Trois jours après la section des deux droits internes et externes, il commençait à lire sans lunettes, à la même distance, les mêmes caractères, et pouvait distinguer, à une distance de 10 mètres, des objets qu'il n'avait jamais pu apercevoir avant l'opération. Aujourd'hui, neuvième jour de l'opération, le malade peut lire à l'œil nu les caractères cicéro à la distance de 55 centimètres, et les capitales grasses de romain à la distance d'un mètre, mais ces ca-

ractères lui paraissent plus petits qu'avant l'opération. Il distingue assez nettement, à la distance de 100 mètres, les gros objets, comme un chien, un vase, une statue, tandis qu'il ne voit pas du tout les mêmes objets avec les verres n° 7, et ne les voit que très-confusément avec les verres n° 13. Toutefois, l'œil ne paraît pas pouvoir encore accommoder son foyer à toutes les distances intermédiaires, et cette circonstance coïncide avec une réunion et une contraction encore incomplètes des muscles divisés.

6° La connaissance de la cause immédiate de la myopie mécanique tend à démontrer que l'œil s'adapte, en s'allongeant ou se raccourcissant alternativement, au moyen de la contraction primitive des muscles droits, à la distance des objets qu'il regarde. Des expériences directes prouvent, d'ailleurs, qu'il en est ainsi. J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de vingt-huit ans, sur lequel ces mouvements alternatifs de retrait et de relâchement de l'œil, correspondant à la vision à courte et à longue distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument.

7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement.

Veuillez, etc.

Résumé d'un mémoire sur l'opération du bégaiement; adressé par M. Amussat à l'Académie des sciences.

Les bègues que M. Amussat avait opérés au 15 mars étaient au nombre de trente-trois. Chez quelques-uns de ces individus, l'hérédité et les convulsions dans l'enfance pouvaient être considérées comme cause de leur infirmité. Les résultats obtenus ont été tout-à-fait satisfaisants, ils sont survenus quelquefois immédiatement après l'opération; d'autres fois, au bout de quelques jours seulement. Parmi ces bègues, il en est un certain nombre chez lesquels on trouverait difficilement des traces du bégaiement dont ils étaient affectés; chez d'autres, le succès a été moins complet.

Il survient quelquefois pendant et après l'opération un accident, l'hémorrhagie. M. Amussat emploie, pour le faire cesser, l'eau glacée en injections ou des plumasseaux de charpie mélangés avec de la glace pilée en petits morceaux, et lorsque cela est nécessaire, il y joint la compression avec deux doigts de chaque main, placés dans la bouche, sur la charpie, en prenant un point d'appui avec les pouces sous le menton et en arrière. Une seule fois il a été obligé d'avoir recours à un corps dur qu'il a placé sous la charpie, en faisant serrer les dents.

(Séance du 22 mars).

M. le président annonce la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. *Savart*, décédé le 16 mars 1841.

La science médicale n'a été représentée à cette séance que par des réclamations de priorité. Le droit de primogéniture scientifique tient quelquefois à aussi peu de chose que celui de Jacob. L'habileté fait le reste devant un public, qui ouvre de grands yeux et n'y voit pas toujours mieux pour cela.

1° M. Phillips adresse une réclamation de priorité relative à l'*action des muscles moteurs de l'œil pour produire, dans certains cas de strabisme, une myopie qui se guérit par section des muscles rétractés.*

M. Phillips cite à l'appui de sa réclamation une lettre qu'il avait adressée à l'Académie au mois de juillet 1840, et qui a été insérée en entier dans le *compte-rendu*, ainsi qu'une brochure qu'il annonce avoir publiée au mois de décembre de la même année, et dont un exemplaire est joint à sa lettre.

(Renvoi à la commission chargée de l'examen de la note de M. Guérin).

2° M. Carron du Villards écrit aussi relativement à la question de priorité touchant la myopie produite par la contraction des muscles.

« J'ai publié, dit-il, dans la *Revue scientifique* de M. Quesneville, numéro de janvier, le résumé d'expériences faites en 1801, par sir Everard Home, expériences destinées à prouver que l'adaptation de l'œil pour la vue distincte à des distances différentes consiste en un changement de rapports du cristallin avec la cornée transparente, dont il s'éloigne ou se rapproche sous l'influence de l'allongement ou de l'aplatissement de la cornée, en vertu de l'action des quatre muscles de l'œil.

« De la connaissance de ces expériences et de celle des modifications subies par la vue à la suite de l'opération du strabisme, j'ai conclu que la seule théorie qui pût rendre raison de cette modification était celle expliquée par les changements que subit la cornée à la suite de la section des muscles. »

(Renvoi à la même commission.)

COMITÉ SECRET.

L'Académie entend le rapport de la commission des prix de médecine et de chirurgie sur les pièces adressées pour le concours.

Les conclusions du rapport sont :

1° D'accorder un prix de 6,000 fr. à M. Tanquerel Desplanches, pour son *Traité des maladies saturnines*;

2° D'accorder, à titre d'indemnité et d'encouragement, une somme de 4,000 fr. à M. Amussat, pour ses *Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.*

Dans la séance du lundi 4 janvier 1841, l'Académie avait entendu le rapport sur les pièces adressées au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

Les conclusions de ce rapport sont que le prix soit accordé à M. Chaussat, pour son mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur l'inaxition ;*

Et qu'une mention honorable soit accordée à M. Lecanu, pour ses nouvelles *Recherches sur l'urine humaine.*

Enfin, on réserve pour le concours de 1841 un mémoire de M. Mateucci, sur les *phénomènes électriques des animaux.*

(Séance du 29 mars).

M. Bonnet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse des considérations *sur le traitement de la myopie par la section du muscle petit oblique à son insertion à l'orbite,* et sur *l'opération du bégaiement par la section sous-cutanée des muscles génioglosses.* Dans la première partie de sa note, M. Bonnet annonce qu'un paquet cacheté qu'il avait adressé à l'Académie au mois de février 1841 est relatif à la myopie résultant de la contraction des muscles.

L'auteur pratique la section sous-cutanée du

muscle petit-oblique, opération qui peut être faite sans difficulté, et sans exposer à la lésion d'aucun nerf. Il enfonce un ténotome au milieu du bord inférieur de l'orbite, suit la paroi correspondante de cette cavité, en dirigeant le ténotome en dedans et en arrière; il passe ainsi l'instrument en devant et détache nécessairement ce muscle de son insertion à l'orbite.

Dans le seul cas où il a fait cette section, M. Bonnet agissait sur un jeune homme de dix-sept ans, affecté depuis deux ans d'une myopie accompagnée de quelques symptômes amaurotiques. Il n'opérait que l'œil gauche. Le malade a obtenu une légère amélioration qui ne s'est pas maintenue, et le lendemain au matin, la vue était revenue au même état qu'avant l'opération, avec cette différence que le malade ne voyait plus devant ses yeux les éclairs qui le fatiguaient auparavant.

M. Bonnet attribue cet insuccès, soit à la complication de quelques symptômes amaurotiques, soit à la réunion de deux bouts de muscles divisés.

VARIÉTÉS.

Concours et prix.

D'après les renseignements qui nous sont arrivés sur le scrutin secret du dernier concours, il y aurait eu un vote spécial pour chaque épreuve Les titres antérieurs ont d'abord fixé l'attention du jury, et on y a attaché beaucoup d'importance. Les trois premiers noms sortis de l'urne ont été, à ce qu'on dit, MM. Blandin, Bérard, Vidal; pour les leçons, on a mis en saillie MM. Michon, Bérard, Malgaigne; pour les thèses, on a été favorable à MM. Laugier, Lenoir, Sanson; pour l'épreuve écrite, on a mis en tête de la colonne M. Chassaignac; enfin, les épreuves pratiques ont valu à MM. Robert, Vidal, Sédillot, les premières places.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

—

Faculté de médecine de Paris.

Le 2 mai prochain aura lieu l'ouverture, devant la faculté de Paris, du concours pour une chaire de pathologie externe et une chaire de clinique chirurgicale dans la faculté de Strasbourg.

Les deux professeurs désignés professeront alternativement pendant un semestre la pathologie ou la clinique chirurgicale, de sorte que ces cours auront toujours lieu tous les deux à la fois.

Les épreuves se composeront :

1° D'une question écrite faite dans les règles ordinaires;

2° D'une épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation;

3° D'une épreuve orale après trois heures de préparation;

4° D'une épreuve clinique faite dans l'une des salles de clinique chirurgicale, et selon les formes usitées;

5° D'une thèse et de son argumentation.

Les candidats pour ces deux chaires sont : MM. Rigaux, Desprès, Dufresse, Maisonneuve, Sanson, Maslieurat, Lacauchie, Bach, Sédillot, Robert.

—

Questions proposées par la société de médecine d'Anvers, pour le concours de 1842.

1° Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales.

Une médaille en or de la valeur de 300 fr. sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

2° Donner l'histoire naturelle, les propriétés physiques et chimiques, le mode d'extraction des huiles de foie de morue et de baleine; faire connaître comparativement et par des faits leur histoire thérapeutique.

Le prix consistera en une médaille en or de la valeur de 100 fr. — La société désire fixer l'attention des concurrents sur l'espèce d'huile qui mérite la préférence en thérapeutique.

3° Une médaille en or de la valeur de 100 fr. sera accordée à l'auteur de la meilleure monographie manuscrite, traitant un sujet qui se rattache aux sciences médicales.

Les membres effectifs et résidants sont exclus du concours.

Les mémoires, écrits lisiblement en flamand, français, latin ou allemand (pourvu que, dans ce dernier cas, on se serve des écritures bâtarde ou anglaise), devront être remis, francs de port, avant le 1er septembre 1842, au secrétaire de la société.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la société; il est toutefois loisible aux concurrents d'en faire prendre copie.

Le secrétaire de la société,

C. Broeck.

Anvers, 17 avril 1841.

—

— La société de médecine de Bordeaux avait institué un concours relativement à la question suivante :

« La variole est-elle une maladie nouvelle? La varioloïde est-elle une maladie distincte ou une simple modification de la variole? Eclairer par des faits ces questions. »

A la suite de ce concours, a été couronné le mémoire de M. Steinbrenner de Vasselone (Bas-Rhin), et le titre de membre correspondant a été également accordé à M. Houlès, de Sorèze (Tarn).

—

Hôpitaux.

Il résulte d'un travail sur les hôpitaux et hospices civils de Paris que l'administration admet et entretient dans les hospices douze mille vieillards et infirmes; elle reçoit ensuite chaque année soixante-seize à quatre-vingt mille malades dans les hôpitaux, ce qui donne une moyenne de quatre mille huit cents présents chaque jour; elle recueille quatre mille six cents enfants trouvés; elle en entretient seize mille à la campagne, et près de cinq cents en apprentissage. Enfin elle fournit des secours distribués à plus de trente mille familles.

—

Hygiène publique.

La méningite cérébro-spinale a été importée à Schélestadt (Bas-Rhin) par un bataillon venant de Strasbourg, et s'est répandue de là parmi la population civile. D'un autre côté, les deux batteries du 11e régiment d'artillerie, qui sont en cantonnement à Bouxwiller, sont aussi décimés, surtout le 5e. Plus de trente canonniers avaient été envoyés à l'hôpital de Haguenau à la date du 11 mars. Chez quelques-uns, la maladie a débuté d'une manière si violente, qu'ils sont morts au bout de vingt-quatre heures. Enfin la maladie commence à gagner du terrain à Strasbourg. Elle a enlevé M. Flouch, de Bordeaux, l'un des élèves les plus distingués de la Faculté de médecine, qui venait de terminer un beau travail sur l'anatomie des glandes intestinales, dont il voulait faire sa dissertation inaugurale, et qu'il avait déjà lue à la société du muséum d'histoire naturelle.

(*Gazette méd. de Strasbourg.*)

—

Jurys médicaux.

D'après une ordonnance du 8 avril, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, les présidents actuels des jurys de médecine, compris dans les circonscriptions des Facultés de Paris, Strasbourg et Montpellier, ont dû cesser leurs fonctions à partir du 12 avril dernier.

Les jurys de médecine seront présidés, dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de Paris, par MM. Adelon et Bérard; dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Forget et Stoltz; dans ceux qui composent la circonscription de la Faculté de Montpellier, par MM. Dubreuil et Buisson.

D'après une autre ordonnance de la même date, le 12 de ce mois, les membres des jurys de médecine des départements de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault, nommés par ordonnance royale du 14 avril 1836, ont cessé leurs fonctions.

Sont nommés membres des jurys de médecine des départements indiqués ci-dessus, pour entrer en exercice à ce titre à partir du 12 de ce mois, savoir : pour le département de la Seine, MM. Velpeau, Bouillaud et Gerdy; pour le département du Bas-Rhin, MM. Coze, Fée et Caillot; pour le département de l'Hérault, MM. Golfin, Delmas et Risueno d'Amodor.

—

Armée.

Mardi dernier, a eu lieu au Val-de-Grâce la distribution solennelle des médailles d'honneur, décernées à la suite des concours qui viennent d'avoir lieu. La séance était présidée par le baron Boissy d'Anglas, intendant de la première division, assisté de MM. les inspecteurs, membres du conseil de santé des armées. Après une allocution du président, M. Hipp. Larrey, professeur récemment institué, a prononcé un discours dont le sujet était : *De la méthode en chirurgie.* Les applaudissements qui avaient accueilli le nom du baron Larrey, dans le discours du président, se sont renouvelés pour le fils avec une vive sympathie. Les noms des lauréats ont été ensuite proclamés dans l'ordre suivant, aux sons d'une musique militaire et au bruit des applaudissements :

Concours pour le grade de chirurgien sous-aide, M. Bonino;

Concours pour le grade de pharmacien aide-major, M. Trubel;

Concours pour le grade de chirurgien aide-major, M. Radat.

Les noms des candidats désignés ci-après ont été proclamés à la suite des concours pour le professorat, qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement.

Chaire de chimie médicale.—M. Millon, pharmacien aide-major.

Chaire de botanique et de préparation des médicaments. — M. Choulette, pharmacien aide-major.

Un nouvel hôpital militaire a été établi à Paris, rue de Charonne, dans les bâtiments de l'ancienne communauté de Bon-Secours. Cet établissement est institué dans le but de pourvoir aux besoins de la garnison, et de réparer en quelque sorte la suppression de la succursale militaire de la rue Blanche.

M. le docteur Furnari vient d'être chargé, par le gouvernement français, d'une mission scientifique en Algérie.

M. Geoffroy a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle. Il y avait quarante-huit ans qu'il était dans l'enseignement. M. Isidore Geoffroy, héritier de son nom et de ses idées, a été désigné à l'unanimité par les professeurs du Muséum pour la chaire de son père.

Testament d'Astley Cooper. Cet acte a été rendu public par son neveu. Les propriétés personnelles du défunt ont été évaluées à 80,000 livres sterling (2,000,000 fr.). Parmi des dispositions du testament, on remarque les suivantes : il laisse à son neveu, sir Astley Paston Cooper le coffre en argent dont George VI lui avait fait présent; la grande corbeille en argent dont lui a également fait présent Guillaume VI; son portrait, ainsi que tous ses instruments de chirurgie et d'anatomie, qui sont évalués à 3,000 livres sterling. Il désire que son portrait soit, à la mort de son neveu, légué au Muséum anatomique de Guy's Hospital ou au collége royal de chirurgie. Il a de plus laissé six prix, qui seront annuellement donnés aux médecins qui auront le mieux traité différents sujets.

Le directeur de service, J. LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° 12. — JUIN 1841.

I. — CLINIQUE. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. Quelques inductions thérapeutiques.

Commençons, à l'exemple d'un astronome (1), par mettre le soleil à sa place.

La vie est l'union de l'ame avec le corps, et la mort en est la séparation.

Galatée est l'emblème parfait de l'humanité. Pygmalion ne se dissimule point l'imperfection de sa statue, quoiqu'elle soit l'objet de l'admiration universelle ; il sent qu'il n'a fait que donner une nouvelle forme à la matière et supplie la fille du ciel et de la terre, Vénus, d'obtenir du créateur une émanation céleste qui anime et protége l'ouvrage de ses mains mortelles. L'artiste est exaucé : Galatée est dotée des facultés intellectuelles et sensoriales, ses yeux s'ouvrent à la lumière, ses oreilles perçoivent les sons, ses mains palpent les corps, ses pieds foulent alternativement le sol, et sa voix chante, avec l'accent de l'âme, l'hymne de l'amour et de la reconnaissance.

La fibre nerveuse et le vaisseau sanguin sont les premiers qui reçoivent la vie et les derniers qui la perdent. L'anatomie les trouve partout en contiguïté dans le tissu cellulaire qui leur sert de lien, de gangue et de support ; la physiologie les montre allant toujours de conserve, et la pathologie, agissant l'un par l'autre. Citons-en quelques exemples entre mille.

Action du système nerveux sur le système sanguin. — Une jeune personne se rendant chez elle, seule, à la chute du jour, est insultée par un soldat qui la prend à bras-le-corps. Elle était dans un moment critique ; aussitôt suppression sans retour.

A l'armée d'Italie, 1798, la femme d'un employé éprouve une perte très-inquiétante. On lui annonce en notre présence que son fils est perdu, elle fait un bond sur son siége, et l'hémorrhagie s'arrête.

Action du système sanguin sur le système nerveux. — Une créole, hystérique, âgée de dix-huit ans, est saisie au gosier d'un spasme qui depuis deux jours l'empêche d'avaler. Je la saigne au bras, et, dès l'ouverture de la veine la déglutition s'exécute avec la plus grande facilité.

Une femme pléthorique est-elle enceinte à mi-terme, tirez-lui quelques onces de sang, et les premiers mouvements de l'enfant se feront bientôt sentir.

Dire que respirer c'est vivre, et partant que la perte de la respiration entraîne toujours la mort, n'est-ce pas exagérer un peu la nécessité de la respiration ? Le jeu des poumons ne sert qu'à entretenir la vie déjà établie. Les anciens poètes avaient une juste idée de ces organes, lorsqu'ils les comparaient aux soufflets de Vulcain que la main du cyclope soulève une fois, et qui s'animent ensuite d'eux-mêmes jusqu'à l'accomplissement du chef-d'œuvre. Notre légère restriction de l'usage de la respiration aura le double avantage d'étendre l'espérance du médecin au delà de l'axiome *dum spirat, spero*, — et d'indiquer le moyen le plus simple et le plus rationnel de remédier à l'asphyxie.

De l'asphyxie. — Et d'abord, entendons-nous : l'asphyxie est la privation accidentelle de tous les signes de vie. Cette mort subite peut n'être qu'apparente, parce que tous nos organes peuvent ne pas mourir ensemble. Le dire populaire, *les yeux sont le miroir de l'ame*, et les expériences sur les animaux autorisent à croire que les yeux sont susceptibles de survivre aux autres organes, qu'un reste de vie peut demeurer latent dans un filet nerveux et une artériole de l'œil. « Quand on enlève le cerveau, proprement dit, à un animal, cet animal perd toute in-

(1) Lacaille.

telligence, mais par rapport à l'œil rien n'est changé. Les objets continuent à se peindre sur la rétine, l'iris reste contractile, le nerf optique excitable. » (Flourens, sécretaire perpétuel de l'Académie des sciences.)

Sachez donc quels sont le nerf et l'artériole derniers mourants de l'asphyxie; soufflez sur cette étincelle et vous aurez peut-être le bonheur de rallumer le flambeau de la vie, ce qui nous fait dire, *per transennam*, que le seul signe certain de la mort subite est la lividité du bas-ventre.

Le 20 août 1840, à huit heures du matin, j'entrais à l'établissement Saint-Nicolas, de la rue ée Vaugirard, lorsque j'entends un cri d'alarme. Je me retourne et vois un ouvrier que ses camarades retiraient d'un égout. Je fends la foule des curieux et fais transporter l'asphyxié dans une cour voisine dont on ferme les portes. L'homme est assis à terre en plein air, adossé à un mur, on lui tient la tête élevée; plus de pouls, de sensibilité ni de respiration, entière résolution des forces, chaleur partout le corps, plus grande à la tête, face pâle, yeux fermés, bouche entr'ouverte. Le commissaire de police arrive accompagné d'un médecin; toutes les ligatures étaient déjà desserrées, j'ouvre une veine au pli du bras droit, le sang jaillit à quelque distance et le jet se soutient; néanmoins aucun signe de vie n'apparaît encore; alors je fais écarter les paupières d'un œil et je projette de l'eau-de-vie sur le globe: à l'instant cet œil clignote. Joie des assistants, *anima enim ipsius in ipso est*. (Act. Apost.) Je redouble et fais sans ménagement d'autres affusions d'eau-de-vie dans l'ouverture des deux yeux; la face se grippe; le pouls commence à se faire sentir, et en dernière ligne la respiration reprend. Je verse une cuillerée d'eau froide dans l'arrière-bouche et la déglutition s'exécute; au bout de deux heures, le mieux est décisif; on transporte l'ouvrier à l'hôpital Necker où j'allai le voir le surlendemain; les yeux ne se ressentaient en rien de la stimulation. L'asphyxié eut besoin de soins pendant quinze jours à l'hôpital. C'était la troisième fois que cet accident lui arrivait, et j'engageai le commissaire de police à faire prendre un autre état à cet ouvrier.

L'insufflation pulmonaire ne fut pas tentée, elle eût été inutile, puisque l'office du poumon est, avons-nous dit, d'entretenir la vie personnelle, non de la restituer, lorsqu'elle a été suspendue. Le secours devait donc venir de plus haut à l'asphyxié, c'est-à-dire des deux premiers mobiles de la vie, le nerf et le vaisseau sanguin.

Remarquez qu'il n'a guère été question de l'estomac; on ne l'a appelé en aide que pour s'assurer de l'état des muscles de la déglutition; ainsi vous pourriez à la rigueur vous passer d'agir sur ce viscère pour le relever lui-même s'il venait à défaillir. Qu'un voyageur se trouve mal en route, qu'il tombe de fatigue et d'inanition; vous le ramènerez en un instant avec une goutte d'alcool sur les lèvres et la langue: croyez-vous que cette goutte ait retenti jusqu'à l'estomac, que son arome vivifiant ait été porté de cet organe dans les premières voies et de proche en proche au cerveau et au cœur? Allons donc! vous ne le pensez pas: la résurrection a été trop prompte, le cordial trop minime, et pourtant le professeur Broussais place le siége de l'irritation vitale dans l'estomac et le tube intestinal d'où ses irradiations s'étendent à tous les autres organes et rendent ainsi la maladie générale! Le seul trait que nous venons de donner de l'organisme nous prévient déjà contre la médecine physiologique. Le nouveau-né a quelquefois de la peine à vivre par lui-même, à commencer la respiration; le temps presse, le corps se refroidit de plus en plus, même au fort de l'été; et ici, le froid, c'est la mort. Attaquez hardiment les nerfs et les vaisseaux sanguins à la fois. Que la chaleur et la lumière d'une flamme vive frappent soudain la surface du corps, pendant que le sang coule du cordon ombilical: tel est le moyen le plus efficace de ranimer l'enfant, de le faire crier. A l'entrée en fonctions des organes pulmonaires, la vie de l'enfant s'élargit, se dessine et devient personnelle, tous les organes vivent en communauté, compatissant les uns aux autres à des degrés différents dans l'exercice de leurs fonctions pour l'unité de la vie.

Une substance incompatible avec l'organisation vient-elle à y surgir, il en résulte un trouble: non, c'est un mouvement nouveau qui se communique avec ordre plus ou moins loin, selon l'importance de l'organe et le degré de sa souffrance, en sorte que, si le médecin ne peut porter une médication directe sur le lieu de l'affection, il pourra la lui faire parvenir par une voie détournée.

Ce sont encore les sympathies qui procurent à l'organisme les moyens de réparation qui lui ont été ménagés dans le plan providentiel. En effet, tous les phénomènes émanent de la circulation du sang, de l'innervation et de la respiration. L'encéphale, avec ses appartenances, exerce une action incessante sur le cœur et le poumon, de même qu'il en reçoit une semblable de leur part. Ces trois organes remplissent donc leurs fonctions dans une dépendance mutuelle. Ils forment entre eux une union compacte.

Et même, quoique les phénomènes ne se montrent plus à l'état normal, le cœur, l'encéphale et le poumon ne laissent pas de mener encore les autres organes, *et faciunt in homine sano actiones sanas, eadem in ægro morbosas*.

Le professeur Dumas, de Montpellier, a noté utilement les résultats pathologiques de diverses idiosyncrasies à la suite d'un mauvais temps essuyé en voyage.

« Dix-huit hommes partent de Monaco et « se rendent à Nice par un très-mauvais « temps et essuient un violent orage et une « pluie abondante pendant leur route; ils

« font un dîner copieux, boivent une grande « quantité de vin et se livrent encore à « d'autres excès. Obligés de revenir à Mo- « naco, ils marchent toute la nuit et reçoi- « vent l'orage une seconde fois. Il se trouve « dans le nombre quatre soldats piémontais, « nés au milieu des montagnes, qui ne res- « sentent que les inconvénients attachés à « une route pénible. Deux officiers fran- « çais, d'un tempérament sanguin et robuste, « n'eurent qu'une fièvre inflammatoire qui « se termina heureusement au bout de quel- « ques jours. Le docteur G..., mon ami, que « ses fonctions de médecin dans l'hôpital « militaire de Monaco exposait journelle- « ment à la fièvre nosocomiale eut le lende- « main de son voyage tous les symptômes de « cette fièvre, et le vingtième jour il en « mourut. »

« Un pharmacien au même hôpital, déjà « vieux, sujet à des coliques entretenues « par l'obstruction du foie, eut de violentes « coliques et périt quelque temps après « d'une affection grave du bas-ventre; le « neuvième, dont les organes pulmonaires « étaient affectés d'une faiblesse naturelle « et qui avait eu plusieurs crachements de « sang, vit cet accident se renouveler et « fut bientôt conduit à une phthisie incura- « ble. Le dernier, qui venait d'être guéri « tout récemment d'une fièvre intermitente, « éprouva le retour de la même fièvre et « n'en fut délivré que vers la fin du prin- « temps (*Doctrine des maladies chroni- « ques*).» En réfléchissant sur le caractère si différent des maladies encourues à la même occasion, ne voyons-nous pas que c'est l'idiosyncrasie qui a ouvert la porte, dans ce fatal voyage, à une fièvre intermittente inflammatoire bénigne, et à une fièvre nosocomiale mortelle; ici aux coliques les plus graves, là à un crachement de sang, ailleurs à un retour de fièvre intermittente, tandis qu'elle l'a tenue fermée à toute affection morbide pour quatre compagnons de voyage? Si une maladie épidémique n'attaque pas indistinctement tous les sujets qui y sont exposés, c'est que le germe morbide ne trouve pas une idiosyncrasie favorable à son introduction chez tel ou tel individu. En outre, de ce que le fond de deux maladies soit le même, il ne s'ensuit pas que leur forme doive être semblable; ainsi deux de nos voyageurs auraient pu contracter la même maladie et pourtant cette maladie revêtir une forme différente, se traduire par des actes, des symptômes différents. Une telle disparité s'observe jusque sur les maladies de la même contagion; v. g.: « La va- « riole, les fièvres pestilentielles et pété- « chiales, dit Huxam, sont produites encore « fréquemment par la contagion et peuvent « par conséquent affecter des personnes de « différents tempéraments, ce qui doit né- « cessairement mettre une très-grande diver- « sité dans les symptômes. » En cela quoi d'étonnant? Il n'y a pas deux objets dans la nature qui soient tout-à-fait semblables.

Facies non omnibus una,
Nec diversa tamen.
(Ovide.)

Puisque l'idiosyncrasie modifie l'empire des trois maîtresses pièces, ne devons-nous pas faire cadrer avec elle notre médication? Cette règle ne souffre d'exception que pour la fièvre intermittente pernicieuse qui exige toujours le quinquina; encore la formule du fébrifuge est-elle variable.

Un de mes clients, qui a eu le bonheur de survivre à une apoplexie, étant atteint d'une grippe épidémique, je m'empressai de lui faire une large saignée, quoique le génie de l'épidémie ne fût ni pléthorique, ni inflammatoire; le malade avait une forte céphalalgie.

Les gens du monde sont tellement persuadés qu'il importe de connaître leur *tempérament*, qu'ils accordent plus volontiers leur confiance au médecin qui les traite d'ancienne date: *il vaut mieux*, dit aussi Celse, *avoir pour médecin, à mérite égal, un ami qu'un étranger*. D'après cette considération, les malades ont-ils si grand tort de répugner à être mis en catégorie et de préférer la médecine individuelle à la médecine numérique? Il y aurait de l'inégalité dans un traitement égal pour tous les individus affectés de la même maladie. *C'est la méthode qui guérit*, disait Chaussier. L'opinion de Tibère, qu'un homme à trente ans doit être son médecin, ne s'entend que de la médecine hygiénique.

Du casus traumatique. — Supposons qu'un homme blessé à la tête soit tombé dans le coma, et que ce symptôme d'épanchement ou de congestion au cerveau ait résisté à tous les moyens ordinaires. Tout est-il donc désespéré et le médecin n'a-t-il plus rien à tenter? Raisonnons:

1° La physiologie et la pathologie nous révèlent une sympathie particulière entre le cerveau et les organes de la reproduction, entre les méninges et les voies urinaires;

2° Deux douleurs étant créées ensemble dans des lieux différents, la plus forte obscurcit l'autre;

3° La lampe qui commence à manquer d'huile ne s'affaiblit pas sans cesse en perdant de sa lumière, elle jette par intervalles d'assez vives lueurs. Ainsi les blessés, et bien d'autres malades, à l'approche de l'agonie, ne descendent pas toujours d'un pas égal au tombeau, ils éprouvent souvent un mieux inattendu, reprennent connaissance, et c'est après avoir donné quelque espérance qu'enfin ils sucombent;

4° Que l'entendement reçoive ou non des sens son principe d'action, toujours est-il qu'il peut se conserver quelque temps après la perte des facultés sensoriales. L'ouïe est celui des sens qui s'éteint le dernier; un moribond que l'on croit mort entend ses héritiers qui se disputent ses dépouilles, un

chirurgien qui se réjouit de le disséquer, etc. Les derniers moments de la vie sont si précieux, il importe tant de se reconnaître à l'heure suprême, que ce serait procurer au mourant un bien inestimable que de le rendre capable d'entendre quelques paroles. La chose est-elle impossible au médecin? Nous ne le pensons pas.

Le 24 janvier 1841, Crétin, invalide de la succursale d'Avignon, soixante-neuf ans, constitution robuste, amputé du bras droit, tombe étant ivre et reçoit un coup à la tête; on le relève; il était sans connaissance; on le transporte à l'infirmerie où les plus prompts secours lui sont donnés.

Le lendemain, paralysie du moignon, d'autres symptômes d'épanchement apparaissent; les saignées, les laxatifs, les révulsifs n'empêchent pas le mal de faire des progrès.

Le 31, je suis appelé à sept heures et demie du soir. Le blessé était gisant sur le dos dans un coma profond et semblait près de tomber en agonie; j'imagine de le sonder, quoique la vessie ne fût pas toute pleine. Le cathétérisme est difficile, douloureux, ensanglanté; mais voilà que pendant l'opération le blessé sort de son assoupissement, ouvre les yeux, se retourne dans le lit, se met à se plaindre et à crier: « vous me faites « mal; que me faites-vous donc? ça me brûle, « c'est comme si j'avais la chaude-pisse, je « veux pisser, je veux me lever, laissez-moi « me lever. »

Après la déplétion de la vessie, les facultés intellectuelles et sensoriales se soutiennent pendant une heure. On profite de cet amendement pour faire boire le malade, qui retombe dans le coma et meurt à minuit.

Nécropsie; épanchement de sang, partie liquide, partie coagulé entre la faulx du cerveau et l'hémisphère droit et sur cet hémisphère.

Le 29 février 1841, Bourget, autre invalide, 70 ans, amputé de la jambe droite, sujet à s'enivrer, se rendait à pied à la succursale vers les deux heures après-midi, lorsqu'il éprouve une défaillance; il est forcé de s'asseoir, et bientôt vomit la soupe qu'il vient de manger. On le transporte à l'infirmerie; convulsions, perte de connaissance, déglutition difficile; je reconnais un *raptus* du sang à la tête. Tous les remèdes ne font, pour ainsi dire, que du mal, et le soir le coma paraît prochainement mortel.

Dans cette circonstance, je me rappelle le singulier résultat que j'ai obtenu dernièrement du cathétérisme, et je sonde le malade qui n'avait pas besoin d'uriner. L'opération fut facile, néanmoins elle remplit mon intention; Bourget ouvrit les yeux dès que la sonde traversa le canal de l'urèthre; auparavant il fallait lui abaisser la mâchoire inférieure pour voir la langue, qui, malgré toutes nos insistances, demeurait immobile; à présent l'invalide ouvre de lui-même la bouche et tire sa langue; on court informer de cet heureux changement l'aumônier qui n'avait pu rien en tirer; cette fois il fut satisfait des signes d'intelligence que lui donne le moribond, bien que la parole n'eût pas été recouvrée. Mort le lendemain à onze heures du matin.

Nécropsie; dure-mère épaissie et phlogosée sur l'hémisphère droit, vaisseaux superficiels de cet hémisphère gorgés de sang; faulx du cerveau cartilagineuse à sa partie moyenne, convexe et bosselée à sa face droite, concave et plane à sa face gauche, hémisphère gauche à l'état sain.

GOURAUD, père.

Médecin en chef de la succursale des Invalides à Avignon.

II. De la pneumonie chez les aliénés, par M. Thore, interne des hopitaux (1).

Il n'existe point dans le cadre nosologique de maladie qui ait été décrite plus souvent et avec plus de soin que la pneumonie; elle a fait le sujet d'une foule d'excellentes monographies, elle a été étudiée chez l'enfant, chez le vieillard, et chaque jour voit naître de nouveaux travaux sur cette inépuisable matière. Cependant on a jusqu'à présent, que nous sachions, complétement négligé de noter les modifications qu'elle pouvait offrir chez les individus aliénés. Georget se contente d'indiquer sa fréquence; M. Bouchet, dans sa statistique des aliénés de la Loire-Inférieure, n'en dit que quelques mots. On ne trouve dans les leçons de M. Chomel que cette phrase: « La pneumonie qui survient chez les paralytiques et les idiots ne peut, le plus ordinairement, être reconnue que par la percussion et l'auscultation (pag. 328). » M. Esquirol n'en a point parlé; MM. Dechambre et Hourmann, dans leur travail sur la pneumonie des vieillards (*Archives*, t. 12, 1826), rapportent le fait suivant qui, pour être isolé et fort peu détaillé, n'en a pas moins d'importance, à cause du manque complet de documents sur le sujet que nous traitons: « Monsieur le docteur Falret nous a communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service, sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine: mais il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix: un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber et bientôt mou-

(1) Ce mémoire est extrait d'un travail sur les maladies incidentes et la paralysie générale des aliénés.

rir. Le poumon *tout entier* était converti en hépatisation grise (pag. 37). » M. Calmeil (art. *aliénés Dict.*, t. 2, pag. 195) signale des inflammations pulmonaires dont la marche est régulière et franche, et d'autres de formes insidieuses et qui échappent souvent à l'examen. « Il arrive dans plus d'un cas qu'une hépatisation d'un lobe, de tout un poumon, n'est pas même soupçonnée pendant la vie; le malade continue à manger, à se promener.., et si un accident imprévu le conduit au tombeau, on découvre avec surprise l'inflammation qui existe dans la poitrine. »

Voilà à quoi se réduit tout ce qu'on sait sur cette matière. Cependant la marche de la pneumonie, ses symptômes, son anatomie pathologique présentent des particularités intéressantes à étudier, et la folie lui imprime un cachet propre qu'il importe de faire ressortir. C'est certainement la maladie qu'on observe le plus fréquemment chez les aliénés, et celle qui a l'influence la plus notable sur la mortalité. Sur soixante-seize individus qui ont succombé pendant l'année 1839 à des affections incidentes, et non aux progrès de l'aliénation, onze sont morts de pneumonie. Ce qui fait un sur sept.

On doit s'étonner que, depuis Richard Mead, Reil, Perfect, etc., qui ont insisté sur la connexion qui existe entre l'aliénation mentale et les affections du poumon, l'attention des observateurs ne se soit point portée sur cette intéressante étude, et cependant il est facile d'expliquer leur silence presque complet. Deux opinions tout opposées ont toujours apporté des obstacles à la recherche, à la connaissance des affections qui pouvaient compliquer la folie : l'une, qui s'est modifiée à travers les siècles suivant les préjugés en faveur, consistait à regarder l'aliéné comme dominé par une puissance occulte qui le mettait à l'abri des agents extérieurs, et lui permettait de braver impunément toutes les causes morbifiques ; l'autre, qui n'attribue à la folie aucune influence sur les maladies qui peuvent se développer dans son cours. Il est vrai que, chez beaucoup d'individus, les lésions de l'intelligence ont trop peu d'importance pour réagir sur le physique ; mais il est d'autres cas où elles sont trop profondément troublées, et où elles donnent aux affections qui surviennent une physionomie particulière. La variété du délire est un élément qu'il faut se garder de négliger.

Parmi les aliénés, les uns sont condamnés à une réclusion perpétuelle; d'autres, en raison de l'acuité de leur délire, ne font qu'un séjour de courte durée ; ceux-ci n'ont que des conceptions délirantes très-bornées ; ceux-là refusent toute nourriture, vivent au milieu de leurs excréments, et ressemblent plutôt à des brutes qu'à des hommes. L'action des causes, comme la forme des maladies, sera donc extrêmement variable. La pneumonie ne sera point la même chez un convalescent que chez un malheureux en proie à l'agitation la plus intense ; elle sera simple et d'un diagnostic facile dans un cas de manie, tandis qu'elle sera latente et quelquefois impossible à reconnaître dans la démence avec paralysie générale; c'est surtout dans cette dernière variété que nos observations ont été recueillies en plus grand nombre et que nous avons rencontré des différences et des particularités qu'il est important de mettre en relief. Nous n'avons eu d'autre but que de noter ce qui était spécial à la pneumonie, considérée chez les aliénés, et nous avons supprimé tous les détails qui n'étaient point caractéristiques.

Nous avons divisé les observations, choisies parmi toutes celles que nous possédons, en trois séries. Dans la première, nous plaçons les cas de pneumonie où les symptômes ont été bien accusés, et le diagnostic facile. Dans la seconde, un certain ordre de phénomènes manquait, par exemple l'expectoration, la toux, la douleur, etc.; mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation existaient encore. Dans la troisième série, ils étaient complétement, ou presque complétement absents, et la pneumonie se présentait sous une forme latente.

PREMIÈRE SÉRIE.

Obs. I. — *Manie aiguë de courte durée; une pneumonie débute presque en même temps. Symptômes bien tranchés; expectoration de crachats visqueux, transparents, d'un rouge intense ; matité; respiration bronchique; bronchophonie ; émissions sanguines ; guérison.*

K..., âgé de vingt-six ans, Polonais, tailleur, est à Paris depuis trois ans. Il dit jouir d'une bonne santé, il paraît être d'une constitution peu vigoureuse. Son teint est pâle, ses muscles peu développés. Il n'a point éprouvé de chagrins, n'a jamais eu d'accès de délire : pas d'habitude d'ivrognerie.

Le 5 mai, 1839, il va aux Champs-Elysées et s'y fait électriser. Les jours suivants il souffre beaucoup de la température élevée qui régnait, exposé aux rayons du soleil dans une chambre qu'il occupe à un étage très-élevé.

Le 9, il paraît avoir été saisi d'un délire intense, il criait, appelait un médecin; il se jette dans un baquet plein d'eau où il reste un quart d'heure ; il s'en retire seul et se trouve beaucoup mieux; on l'emmène au corps de garde où l'on est obligé de l'attacher à cause de sa violente agitation ; il porte en effet la trace de plusieurs excoriations et de contusions nombreuses ; il est admis à Bicêtre le 10.

Le 11, il est tranquille et n'accuse aucun malaise, pas de frissons ; dans la soirée il commence à rejeter des crachats sanguinolents.

Le 12, crachats transparents, visqueux, de couleur abricot en partie et aussi d'un rouge intense et spumeux, adhérents au crachoir. Pas de douleur de côté. Quarante respirations par minute ; pouls à cent quatorze, assez plein. Dans le côté droit de la poitrine et dans toute sa hauteur, respiration bronchique et bronchophonie ; crépitation fine et sèche ne se manifestant que dans la toux; la sonorité est notablement diminuée. Traits un peu altérés ; face colorée.

Potion pectorale miellée; saignée de douze onces.

Le 13, même état; le pouls et la respiration conservent la même fréquence; crachats toujours rouillés et jaunâtres; le caillot de la saignée est assez ferme et recouvert par une couenne épaisse.

Potion pect.; saignée de douze onces.

Le 14, mieux prononcé; le pouls bat quatre-vingts fois, il présente de légères intermittences; trente-six respirations par minutes; les crachats toujours visqueux et sanguinolents; pas de toux; dyspnée modérée; persistance de la matité; une crépitation fine a remplacé la respiration bronchique et la bronchophonie; à la pointe de l'omoplate, elle est plus grosse et plus humide que dans l'aisselle.

Potion pectorale; huile de ricin, trente grammes.

Le 15, pouls à quatre-vingts, respiration à vingt-huit; la matité diminue; encore du râle crépitant fin et sec dans un point circonscrit; crachats peu nombreux, à peine rouillés; plusieurs selles.

Le 16, même état; même fréquence de pouls; le râle crépitant de l'aisselle est plus humide.

Le 18, le pouls a repris de la fréquence, cent huit pulsations; peau chaude; quelques crachats peu nombreux, encore visqueux, incolores; la respiration s'entend bien dans toute l'étendue du poumon; elle a conservé de la rudesse.

Potion pectorale miellée; julep avec quatre gr. de tartre stibié.

Le 20, pouls à cent douze; crachats encore visqueux; rudesse du murmure respiratoire dans l'aisselle droite; pas de selles ni de vomissements.

Potion pectorale; on ne continue point le julep stibié.

Les 21, 22, même état.

Le 23, le pouls est revenu à quatre-vingt-quatre.

Le 24, la peau est fraîche, mais le pouls est fréquent, cent douze; diparition complète de la matité; murmure respiratoire normal.

Potion pectorale, potion avec teinture de digitale, dix grains.

Dans les premiers jours de juin, la convalescence est complète. Le malade reprend cependant ses forces avec lenteur; il n'a donné aucun signe de folie.

Il sort parfaitement guéri le 21 juin.

La réunion de la plupart des signes de la pneumonie, chez les aliénés, de même que son heureuse terminaison, est une chose assez peu fréquente. L'observation qui précède est rapportée surtout dans l'intention de faire voir que toutes les formes de la phlegmasie du poumon peuvent se rencontrer chez eux; on s'explique facilement pourquoi la pneumonie a suivi une marche régulière, puisqu'elle a débuté au moment où le délire disparaissait, et que l'individu se trouvait, sous le rapport de l'intelligence, dans un état normal.

Obs. II. — *Démence; pneumonie survenue sans cause connue; douleur de côté; absence d'expectoration; matité; respiration bronchique et bronchophonie dans les deux poumons; émissions sanguines; mort.*

S... était placé comme dément dans la section des incurables depuis plusieurs années; il est brun, d'une constitution assez robuste; le 20 août 1839, on remarque qu'il cesse de manger et reste couché. Le 21, on le trouve dans l'état suivant: il accuse une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine; matité dans le tiers inférieur de ce même côté; respiration bronchique dans un point assez circonscrit à la partie inférieure du scapulum; bronchophonie peu intense; pas de crépitation; absence complète d'expectoration; toux rare; cinquante-six respirations; cent vingt pulsations; la peau et la sclérotique ont une teinte jaunâtre; à droite, souffle tubaire et matité dans son tiers supérieur.

Potion pectorale miellée; saignée de seize onces.

Le 22, respiration bronchique dans toute la hauteur du poumon gauche; bronchophonie; à droite râle sous crépitant éloigné et souffle tubaire; absence d'expectoration; la douleur a disparu; le pouls a conservé la même fréquence; prostration considérable; caillot dense, non couenneux.

Potion; trois ventouses sur le côté droit.

Le soir dyspnée très-grande, pouls plein et très-fréquent.

Potion; saignée de douze onces.

Il meurt à une heure du matin.

Autopsie le 24. — Crâne; épaisseur assez considérable des os; la dure-mère est colorée en jaune; le feuillet viscéral de l'arachnoïde présente une teinte opaline et jaune dans quelques points; les membranes s'enlèvent facilement, mais entraînent, en certains endroits, des portions de sa couche corticale qui y restent attachées. Cette substance est notablement ramollie, s'enlève avec la plus grande facilité lorsqu'on la racle avec le dos d'un scalpel; la substance médullaire est à l'état normal; les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée de sérosité trouble; pas de granulations de leur membrane interne.

Thorax. — Adhérence de la plèvre costale et diaphragmatique à droite; dans l'intervalle des lobes, pseudo-membranes jaunâtres, peu adhérentes et de récente formation. Tout le lobe supérieur de ce côté est complétement hépatisé au second degré; le lobe inférieur ramolli, friable, et franchement granulé, adhère au diaphragme; à gauche point d'adhérences, fausses membranes jaunes, minces, demi-transparentes, disséminées sur toute la surface du poumon; le lobe supérieur est seulement engoué, l'inférieur complétement hépatisé en rouge. Le cœur est adhérent au péricarde dans toute son étendue et uni par un tissu cellulaire très-dense et serré. Il est nécessaire d'en faire une complète description. Epaisseur normale des parois; un caillot jaunâtre remplit le ventricule et l'oreillette du côté droit, et se prolonge dans l'artère pulmonaire et ses divisions. Dans le ventricule gauche, caillot noir et diffluent.

Les autres organes sont sains; le foie est pâle. Aucun obstacle au cours de la bile.

Ce fait est destiné à lier les observations de la première série à celles de la seconde. Ici quelques phénomènes locaux et les principaux signes fournis par la percussion et l'auscultation existent; mais on voit déjà l'expectoration manquer; ce qui peut à la rigueur s'expliquer par la rapidité avec laquelle a marché cette pneumonie double.

—

DEUXIÈME SÉRIE.

Obs. III. — *Démence avec paralysie générale; tout-à-coup décomposition des traits, face terreuse; absence d'expectoration; accélération du pouls et de la respiration; du côté gauche de la poitrine, matité, souffle tubaire et bronchophonie; à droite râles humides; mort au bout de quelques heures; hépatisation rouge à droite, grise à gauche.*

L..... âgé de quarante-cinq ans, ancien capitaine, marié; il a cessé de servir en 1834; il ne paraît point avoir eu d'habitude d'ivrognerie. Il a éprouvé de vifs chagrins à la suite de pertes considérables d'argent; depuis cinq ou six mois il éprouve de la difficulté à parler; il a beaucoup maigri.

Il est admis à Bicêtre le 7 février 1839.

Le 8, sa mémoire est fort affaiblie de même que son intelligence; il a la conscience de ce changement. Difficulté dans l'articulation des mots; la langue sort en tremblant; il serre avec peu de force, chancelle en marchant, et il lui arrive souvent de tomber; le pouls bat soixante-douze fois, il est d'une extrême mollesse; appétit assez franc; digestions faciles.

Pot. amid.; sirop de chicorée; quatre ventouses à la nuque; demi-portion.

On continue ce traitement pendant quelque temps sans grand succès; depuis la fin de février, la paralysie générale a fait de rapides progrès; tremblement presque continuel; selles et urines involontaires.

Le 4 mars, on est frappé, au moment de la visite, de la décomposition de ses traits; face terreuse et grippée; yeux excavés; secousses continuelles dans les membres; soubresauts de tendons; gêne de la respiration, la poitrine s'élève cependant peu; langue brunâtre et encroûtée, dents fuligineuses; absence complète d'expectoration; pouls à cent vingt-quatre, cinquante-deux respirations; matité dans le côté gauche du thorax; respiration bronchique et bronchophonie dans toute la hauteur du poumon; à droite, sonorité diminuée, râles humides en grande abondance.

Pot. pect.: potion avec tartre stibié, six gr.; sinapismes.

Il meurt dans l'état qui vient d'être décrit, au milieu de la journée.

Autopsie le 6 mars, trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. — Cadavre d'un individu fortement constitué; muscles très-développés; encore assez d'embonpoint; un liquide rougeâtre s'est écoulé de la bouche.

Tête. — Téguments injectés à la partie postérieure; les os du crâne ont peu d'épaisseur; à la partie postérieure de la face interne de la dure-mère, naît un ruban filamenteux de deux lignes de largeur sur deux pouces de longueur, qui va rejoindre la partie postérieure de la face du cerveau. L'arachnoïde viscérale et la pie-mère, séparées par un liquide gélatiniforme, s'enlèvent ensemble en entraînant avec elles une couche de substance corticale; la surface correspondante du cerveau est comme érodée; cette disposition se remarque surtout au tiers antérieur, et surtout le long de la grande scissure interlobaire; une sérosité rougeâtre remplit l'intervalle des circonvolutions; le tissu cérébral a sa consistance ordinaire et est imbibé de sérosité; les ventricules latéraux dilatés par un liquide transparent et incolore; quelques granulations de leur membrane interne.

Poitrine. — Adhérences filamenteuses nombreuses et serrées qui ne permettent d'enlever les poumons qu'avec beaucoup de difficulté; le poumon droit est pesant, sain à sa partie antérieure, mais dans toute sa partie postérieure sa tranche présente un tissu rougeâtre, inégal, friable, dont on exprime un liquide spumeux et rouge; il ne surnage point; le tissu du poumon gauche est de couleur grise, très-friable, il en sort un liquide purulent d'un jaune rougeâtre; dans le lobe inférieur, petit abcès du volume d'une noisette; liquide spumeux très-abondant dans ces bronches.

Cœur. — Le ventricule droit contient un caillot quadrilatère jaunâtre, intriqué dans les colonnes charnues, et se prolongeant jusque dans les divisions de l'artère pulmonaire, étranglé et divisé en trois languettes au niveau des valvules sygmoïdes; les parois du ventricule gauche ont sept lignes d'épaisseur.

Abdomen. — Le grand cul de sac de l'estomac est d'un gris noirâtre; lambeau de quatre lignes; muqueuse intestinale saine; la vessie est dilatée par une assez grande quantité d'urine; les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

L'absence de la toux, de l'expectoration, de la douleur, les signes d'auscultation manquant d'un côté, existant de l'autre, la rapidité de la marche, sont les traits les plus saillants de cette observation.

Obs. IV. — *Démence avec paralysie générale, pneumonie gauche; respiration bronchique et bronchophonie qui disparaissent bientôt pour être remplacées par des râles humides; absence de toux, de crachats, de douleur de côté; mort; hépatisation du poumon gauche.*

C..., âgé de soixante-quatre ans, marchand de volaille, à Paris depuis cinq ou six ans, est entré à Bicêtre dans le commencement de juin 1839. Il est de petite taille; sa tête est très-développée. Il a présenté quelques symptômes de démence; il est devenu agité, s'obstinait à garder des positions qu'on ne pouvait lui faire quitter; il paraît faible. Commencement de paralysie générale.

Le 9 juin, depuis deux jours les infirmiers ont remarqué qu'il mangeait moins; il se levait et se promenait sans témoigner la moindre souffrance.

Le 11, on est frappé, au moment de la visite, de l'altération de ses traits et de la pâleur de sa face; la respiration paraît accélérée. On l'examine avec soin, et l'on reconnaît, dans un point peu étendu de la poitrine du côté gauche et dans le tiers inférieur, de la matité avec bronchophonie, et souffle tubaire; râle muqueux du côté droit, absence complète de toux, d'expectoration, de douleur; le pouls est faible et bat cent fois par minute; quarante-quatre respirations. La peau est froide.

Potion stibiée; vésicatoire sur la poitrine; sinapismes.

Le 12, il est dans le même état; aucun changement dans les phénomènes d'auscultation. On lui administre la potion stibiée.

Le 13, un peu de réaction; la peau est chaude; le pouls à cent quarante, faible; quarante respirations; pas de toux ni d'expectoration. Il est impossible de retrouver la bronchophonie et la respiration bronchique dans le point où elle a été

constatée la veille ; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine. Pas de vomissements ni de selles.

Potion stibiée.

Son état s'aggrave dans le courant de la journée, et il meurt le soir.

Autopsie. — Epaississement et opacité de l'arachnoïde viscérale ; sérosité gélatiniforme dans le tissu cellulaire sous-jacent ; point de ramollissement de la couche corticale ; œdème du cerveau; une once de sérosité limpide dans chaque ventricule.

Thorax. — Dans la plèvre gauche, trois ou quatre onces de sérosité rougeâtre ; le lobe supérieur du poumon de ce côté est tremblottant, infiltré de sérosité qui s'en écoule à la pression sous la forme d'un liquide spumeux et incolore ; le lobe inférieur est coloré en brun rougeâtre ; sa consistance est diminuée, pas d'aspect granulé, il ne surnage point. A sa partie moyenne, et dans un espace très-limité, il est compacte, friable ; sa tranche est granulée, il se précipite au fond d'un vase rempli d'eau ; sa teinte est aussi d'un rouge brunâtre ; le poumon droit est sain ; les bronches des deux côtés sont remplies par un liquide écumeux et jaunâtre ; le cœur est volumineux ; ses parois sont plus épaissies qu'à l'état normal ; productions ostéo-cartilagineuses à la valvule mitrale; point d'insuffisance. Les viscères abdominaux ne présentent rien qui mérite d'être noté.

TROISIÈME SÉRIE.

Obs. v. — *Démence avec paralysie générale. Tout à coup prostration considérable ; refus de nourriture; râle muqueux très-abondant dans toute l'étendue de la poitrine; absence de phénomènes d'auscultation caractéristiques; mort rapide; hépatisation rouge des deux poumons.*

B... est entré à Bicêtre le 28 novembre 1837, comme affecté de démence avec paralysie générale. Il avait passé quelque temps à l'infirmerie générale pour une plaie contuse de la jambe. Il avait été aussi à cette époque soumis sans succès à l'emploi du seigle ergoté, pour une rétention d'urine.

Le 10 février 1839, il se tenait debout, mangeait, etc., et ne donnait aucun signe de maladie.

Le 11, au moment de la visite, il n'avait offert aucun symptôme qui dût attirer l'attention.

A midi, il refuse les aliments qu'on lui présente. On le couche ; vers le soir il commence à faire entendre un râle trachéal assez fort. Appelé aussitôt auprès de lui, nous le trouvons dans un état de prostration considérable. On ne peut obtenir aucune réponse ; les cornées sont ternes ; sueur froide répandue sur tout le corps ; respiration extrêmement précipitée, haute et bruyante ; le pouls est plein et dur, il bat cent dix fois ; sonorité presque normale de la poitrine, eu égard à l'obésité du malade ; l'auscultation ne permet d'entendre qu'un râle muqueux très-abondant qui remplit toute l'étendue de la poitrine.

On pratique une petite saignée et l'on prescrit la potion stibiée ; sinapismes.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les membranes arachnoïde et pie-mère sont adhérentes à la substance grise, dans un espace peu étendu de la partie intérieure des hémisphères ; infiltration de sérosité gélatiniforme. Le cerveau a sa consistance et sa coloration normales.

Thorax. — Adhérences filamenteuses des deux plèvres. Le poumon droit, sain en avant, est dans toute sa hauteur, en arrière, d'un rouge foncé, compacte, friable; il ne surnage point, sa tranche est granulée ; quelques parties sont encore crépitantes ; à gauche, le lobe inférieur est aussi compacte, grenu, plus pesant que l'eau ; un liquide épais et rougeâtre s'écoule à chaque incision ; les bronches des deux côtés sont remplies d'un mucus puriforme.

Les autres organes à l'état sain.

Obs. vi. — *Manie aiguë ; agitation considérable ; mouvement fébrile intense ; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine ; mort ; le tissu des deux poumons a une teinte rosée ; il est compacte, non granulé, friable, ne surnageant point ; carnification.*

G..., admis le 7 juillet 1839, sans qu'on ait pu recueillir le moindre renseignement sur ses antécédents, présente dès son entrée une agitation très-considérable. Sa face est colorée, il pleure, il chante, il fait de continuelles grimaces, il est impossible d'en obtenir une réponse raisonnable ; il ne profère que des injures, des paroles ordurières et obscènes ; loquacité très-grande ; incohérence ; pas d'idées dominantes; illusion des sens et en particulier de la vue ; il prend un infirmier pour son fils et veut le tuer à coups de bâton; il crache à la figure de ceux qui l'entourent. Ses lèvres sont encroûtées, les dents fuligineuses, la langue sèche, fendillée, brunâtre. Le 19, la respiration haute et fréquente ; peau chaude, pouls à cent douze ; pas de matité bien prononcée. Ce phénomène est d'ailleurs fort difficile à bien constater à cause de l'agitation du malade et des cris qu'il pousse sans cesse ; on ne peut entendre dans toute l'étendue de la poitrine que des râles humides ; absence de toux et d'expectoration.

Pot. ; eau de veau ; potion stibiée, six gr. ; pectorale.

Le 20, agitation très-grande pendant la nuit ; il est plus calme au moment de la visite ; la face est colorée et couverte de sueur ; respiration bruyante et haute, vingt inspirations par minute ; le pouls plein et fréquent à cent vingt-six ; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine ; lèvres encroûtées, dents couvertes de fuliginosités ; il y a plusieurs vomissements ; point de selles, pas de toux, de crachats ; il n'accuse point de douleur.

Pot. *ut suprà.*

Le 21, même état ; persistance des symptômes indiqués ; la potion stibiée n'a point donné lieu à des vomissements et à des déjections alvines ; prostrations ; langue toujours sèche, fendillée, recouverte d'un enduis brunâtre ; aspect typhoïde. L'agitation et le délire ont presque complètement cessé.

Pot pect., pot. stibiée.

Il meurt dans la journée.

Autopsie. — Aucun épaississement, aucune infiltration des membranes ; circonvolutions développées, turgescentes, injectées ; consistance normale du tissu cérébral ; pas de sérosité dans les ventricules; les deux poumons sont très-compactes, très-durs ; ils ont une teinte rosée ; on peut en exprimer une certaine quantité de sérosité écumeuse ; le tissu est friable, les doigts peuvent s'y enfoncer facilement, la tranche n'est point granulée ; la surnatation n'a point lieu ; écume dans les bronches.

Les autres organes sont à l'état sain.

Les lésions anatomiques trouvées chez cet aliéné pourraient être le sujet d'une discussion que

nous ne soulèverons point ici. Il paraît bien certain cependant qu'elles peuvent être rapportées à cette variété appelée *carnification*.

Obs. VII. — *Démence avec paralysie générale; Tout à coup prostration extrême; absence de douleur, de toux, d'expectoration; accélération de la respiration et du pouls; râle muqueux dans toute l'étendue de la poitrine; mort rapide; hépatisation rouge des deux poumons.*

D..., âgé de trente-huit ans, est entré à Bicêtre dans le mois de juillet 1837, comme atteint de démence avec paralysie générale. Cette affection a fait de continuels progrès depuis son admission. Affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence; difficulté très-grande pour articuler les mots; la faiblesse des membres inférieurs lui permet à peine de se tenir debout; il commence à avoir des selles et des urines involontaires, lorsqu'on le fait passer dans une salle de galeux au commencement du mois de mars 1839.

Le 19 mars, on le trouve couché en supination. La respiration paraît gênée; il n'accuse aucune douleur; bien loin de là, il dit se porter fort bien; la veille à la visite on l'avait trouvé assis, il mangeait comme à l'ordinaire, ne présentait aucun symptôme qui dût attirer l'attention. Absence complète de toux et d'expectoration; la respiration est accélérée. Mais il faut examiner le malade avec beaucoup de soin pour reconnaître qu'il y a quarante-huit inspirations à la minute, parceque la poitrine se soulève à peine; pouls sans résistance à cent vingt; matité peu prononcée des deux côtés. Il est impossible de constater la respiration bronchique, la bronchophonie, ou la crépitation dans aucun point de la poitrine; dans toute son étendue râle muqueux très-abondant.

Inf. pectorale; potion émétisée, six gr.

Le 20, même état; la potion émétisée n'a point été vomie, elle donne lieu à quelques selles; la circulation et la respiration toujours précipitées; l'auscultation ne donne toujours que des signes négatifs; le malade s'affaisse et ne peut plus répondre aux questions.

Inf. pectorale; potion stibiée, six gr.; sinapismes.

Il meurt à deux heures du matin.

Autopsie le 22 mars à onze heures, par une température de sept à huit degrés.

Crâne.—Adhérence de l'arachnoïde viscérale et de la pie-mère à la substance cérébrale; infiltration sous-arachnoïdienne de sérosité gélatiniforme; la membrane interne des ventricules est granulée, ils ne contiennent aucun liquide.

Thorax.—Les plèvres sont vides; quelques flocons pseudo-membraneux à la base des poumons; tout le lobe inférieur du poumon gauche est compacte, lourd, plus pesant que l'eau; sa coupe est granulée, il s'en échappe un liquide épais, rougeâtre et non spumeux; les grosses bronches contiennent une assez grande quantité de mucosités; leur muqueuse est d'un rouge violacé, elle a son épaisseur et sa consistance normales; le lobe inférieur du poumon droit n'offre point un degré d'hépatisation aussi avancé; les deux lobes supérieurs sont farcis de tubercules crus; au sommet du poumon gauche il en existe un assez gros dans un état voisin du ramollissement.

Cœur volumineux.—Caillots fibrineux dans le ventricule droit, se prolongeant dans les divisions de l'artère pulmonaire; l'oreillette gauche est remplie de sang noirâtre.

L'estomac et les intestins à l'état normal; ecchymose sous-péritonéale peu étendue en avant et au-dessus de la vessie.

Nous allons maintenant tracer l'histoire de la pneumonie chez les aliénés, non point seulement d'après les observations qu'on vient de lire et que nous avons choisies dans chaque catégorie de faits, mais d'après toutes celles que nous avons recueillies pendant l'année 1839.

§ Ier.

Fréquence de la pneumonie et son influence sur la mortalité chez les aliénés.

Georget place parmi les maladies aiguës la péripneumonie en troisième lieu après l'entérite et la fièvre ataxique et adynamique, et peut-être l'aurait-il placée au premier rang s'il avait reconnu que beaucoup de ces fièvres adynamiques étaient des phlegmasies du poumon dont la marche et les symptômes présentaient une forme latente.

M. Calmeil dit (*Dict. 25 vol., tom. II, p.* 194): « Sur cent insensés pris au hasard, on peut affirmer que plus de soixante conservent ou bien ont eu dans les poumons des tubercules et des hépatisations. » Nous ignorons pourquoi M. Calmeil réunit ici les tubercules et la pneumonie. Ces deux affections n'ont point une affinité assez grande pour qu'on puisse les confondre dans un même calcul. Heureusement il s'explique d'une manière plus précise : « L'on observe, ajoute-t-il, divers degrés d'hépatisation sur le cinquième des aliénés qu'on ouvre, abstraction faite des cas de phthisie pulmonaire. »

M. Bonchet, dans sa statistique des aliénés de la Loire-Inférieure (*Annales d'hygiène*, avril 1840), parle de ces pneumonies aiguës, marchant obscurément, quoique avec rapidité; mais il n'indique point leur fréquence relative; il la regarde comme constamment funeste : « La nature de la maladie ôte au diagnostic ses principaux signes, et à la thérapeutique ses moyens d'action les plus efficaces. » Il est le premier, avec M. Calmeil, qui ait donné quelque attention à la pneumonie considérée chez les aliénés; mais tout ce qu'il en dit se réduit à quelques lignes.

On doit être étonné de voir M. Esquirol garder un silence complet sur la maladie qui nous occupe, dans les différents relevés statistiques des articles *folie* et *typémanie* de son dernier ouvrage. C'est en vain qu'on y cherche la pneumonie, elle n'y est pas même indiquée une seule fois; il est cependant impossible que ce savant praticien n'ait point dans sa longue carrière, été frappé de l'importance de la pneumonie parmi les maladies intéressantes de l'aliénation mentale.

Quoi qu'il en soit, nous la regardons, avec l'entérite, comme la maladie la plus commune, et sa terminaison souvent fâcheuse fait qu'elle exerce sur la mortalité une notable influence. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, sur soixante-seize individus qui ont succombé à des affections incidentes et non aux

progrès mêmes de la folie, onze sont morts de pneumonie ; le rapport est de un à sept.

§ II.

Etiologie.

L'étude des causes, comme celle des symptômes, est entourée d'un grand nombre de difficultés. Il n'est guère possible de tirer des renseignements précis d'individus qui délirent, et sont dans une agitation incessante, ou de ceux qui n'ont plus de mémoire, d'intelligence et de langage; aussi aurons-nous plutôt à faire saillir des prédispositions que des causes occasionnelles.

Une première condition qui doit favoriser le développement de la pneumonie, c'est, sans contredit, le jeu incomplet des forces respiratoires. Chez la plupart des déments paralytiques, le système musculaire est dans un état d'énervation tel, que les muscles du thorax et le diaphragme se contractent imparfaitement; l'hématose se fait avec difficulté, le sang circule avec lenteur dans tout l'appareil pulmonaire, et il est facile de s'expliquer la congestion et l'inflammation du tissu du poumon.

Le décubitus dorsal qu'ils gardent d'une manière presque constante, malgré les escarres énormes du sacrum, favorise nécessairement aussi la stase du sang dans la partie postérieure de la poitrine ; aussi est-ce toujours dans ce point que l'hépatisation a lieu; et plus fréquemment dans le lobe inférieur à droite et le lobe supérieur à gauche, ainsi que l'ont noté MM. Hourmann et Dechambre chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

L'épuisement qui résulte des maladies chroniques, comme le scorbut, la diarrhée, etc., la détérioration lente que subit tout l'organisme, impriment à la maladie des caractères particuliers.

Sans vouloir attacher trop d'importance à la relation qui existe entre la peau et la membrane muqueuse des voies aériennes, nous ne pouvons nous empêcher de signaler l'absence ou la notable diminution de la perspiration cutanée. On sait que chez la plupart des aliénés la peau est brune, cuivrée, complètement sèche et comme tannée.

Le froid, on ne peut le nier, a une grande importance dans l'étiologie de la pneumonie, aussi est-ce dans l'hiver qu'elle a été plus fréquente. L'action de cet agent est d'autant plus certaine, qu'elle s'exerce sur des individus incapables de la moindre réaction; aussi est-il à Bicêtre des salles où l'on peut prédire que plusieurs cas de pneumonie vont apparaître, lorsqu'il survient un abaissement assez considérable du thermomètre; les salles du rez-de-chaussée sont surtout dans ce cas, parce que le chauffage y est plus difficile et la ventilation plus nécessaire.

Le froid humide est aussi plus à craindre que le froid sec ; c'est ce qui explique pourquoi elle est plus fréquente dans les endroits qu'il faut souvent laver à grande eau, à cause des soins de propreté indispensables, et chez les malades qui, au milieu de leurs draps imbibés d'urine et de fécès, se trouvent toujours placés dans une atmosphère froide et humide en même temps.

Les changements brusques de température qui ont lieu d'ordinaire dans les mois de mars et d'avril peuvent être aussi placés parmi les causes. On remarque qu'au commencement du printemps et au milieu des alternatives de chaleur et de froid, de sécheresse et d'humidité, on observe plus souvent la pneumonie que par une gelée assez forte, mais qui dure depuis quelque temps. C'est dans les mois d'avril et de mars que la mortalité a atteint son maximum pendant l'année 1839.

Depuis qu'Hippocrate, que Celse a reproduit littéralement (Lib. II, cap. I.), a dit : « Sin aquilonia et tempestas fuerit, tusses movet...., horrores excitat laterum et pectoris (Aph. 5. sect.), » on a toujours insisté sur l'importance que peuvent avoir les vents du nord et du nord-est dans les phlegmasies pulmonaires. Nous aussi, nous avons fait la même remarque; mais comme toujours, lorsque les vents soufflent dans cette direction, il existe un abaissement assez considérable de la température, il nous est difficile de faire la part d'action qui leur revient, et nous sommes porté à voir là plutôt une coïncidence qu'une cause bien évidente.

S'il est vrai que la pneumonie soit plus commune dans les lieux secs et élevés, l'hospice de Bicêtre, où nos observations ont été faites, isolé et placé loin des murs de Paris, sur une colline assez haute, se trouverait dans cette condition. Il est bien certain qu'il existe une différence très-marquée entre la température moyenne de Bicêtre et celle de Paris.

Quelques auteurs ont attribué une assez grande influence à l'altération de l'air par l'entassement d'un grand nombre d'individus dans un étroit espace : nous ne serions point du tout éloigné de partager leur opinion. Il est des parties de la division des aliénés où il existe un véritable encombrement; des chauffoirs beaucoup trop bas, de dimensions trop petites, certains dortoirs où chaque malade a pour respirer à peine dix mètres cubes d'air (*voir nos recherches statistiques*). Aussi est-ce dans la section des incurables qu'on voit la pneumonie se montrer plus fréquemment que partout *ailleurs*.

Age. — Le plus âgé de nos malades avait soixante-quatre ans, le plus jeune vingt-deux. La moyenne a été de 36 à 40. C'est en effet l'âge de la démence paralytique.

Sexe. — Nos observations n'ayant été recueillies que sur des individus du sexe masculin, auxquels l'hospice de Bicêtre est exclusivement consacré, nous n'avons pu en-

core réunir des documents et des faits nouveaux sur ce sujet, et nous nous contenterons de le mentionner pour mémoire. Nous ne pouvons pas croire que le sexe apporte de grandes modifications à la maladie qui nous occupe, les aliénés se trouvant à peu près également soumis à l'action des mêmes causes. Cependant, la paralysie générale étant moins commune chez les femmes que chez les hommes (quoiqu'on ait exagéré cette différence), peut-être la forme de pneumonie la plus grave et la plus fréquente se rencontre-t-elle moins souvent chez elles.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il importe de distinguer les variétés d'aliénation mentale dans lesquelles nous avons étudié la phlegmasie du poumon; elle est beaucoup plus fréquente dans la démence, et surtout dans celle qui accompagne la paralysie générale que dans la manie; le rapport est de la première à la seconde comme deux est à un; c'est plutôt dans la forme chronique que dans la forme aiguë du délire maniaque qu'on la rencontre.

On voit, par ce rapide exposé, que s'il est des causes qui appartiennent en propre à la folie, il en est d'autres qui rentrent dans l'histoire de la pneumonie considérée chez les vieillards; c'est qu'en effet il y aurait un rapprochement fort légitime à établir entre la vieillesse et la démence paralytique, qui semble, par l'affaissement et la détérioration rapide dans laquelle elle plonge tout l'organisme, n'être qu'une vieillesse anticipée.

§ III.

Marche.

Des deux modes d'invasion, l'un brusque et rapide, l'autre lent et caché, le premier est le plus fréquent. On voit un malade manger avec ses camarades, être levé ou assis au moment de la visite, ne donnant aucun signe de souffrance, lorsque tout à coup l'on est appelé auprès de lui dans la visite, et on le trouve dans un état de prostration extrême, gêne de la respiration, et quelquefois même déjà avec le râle trachéal. Cependant il ne faut pas s'y méprendre, l'invasion peut paraître plus rapide qu'elle ne l'est véritablement. En examinant dans la suite et dans un travail plus étendu que celui-ci les maladies observées chez les aliénés, nous verrons que plusieurs sont morts presque subitement, quoiqu'à l'autopsie on ait trouvé des lésions qui dataient de fort long-temps. Nous ne pouvons douter, dans ces cas, que la maladie existait depuis quelque temps avant l'invasion des symptômes. Quelquefois il y a eu des prodrômes évidents; quand l'individu conservait encore quelque intelligence, il accusait un malaise général, refusait ses aliments, demandait à rester couché; les symptômes ne tardaient point à éclater; une fois établis, ils marchent toujours avec une extrême rapidité.

Le frisson initial, d'une si grande importance dans le diagnostic, n'a jamais été constaté, soit à cause de son absence dans tous les cas, soit faute d'une observation assez attentive de la part des infirmiers et des surveillants.

« Le froid, dit Georget, les émanations animales, l'humidité, les affections tristes, l'état chronique du cerveau, ne peuvent produire que des maladies chroniques, adynamiques et latentes. » Nous croyons, nous, que toutes ces causes favorisent tout aussi bien la rapidité qui se remarque dans la succession des symptômes. C'est parce qu'ils sont épuisés que nos malades ne peuvent lutter contre les progrès de la maladie, et que sa durée est en général si courte. C'est chez les individus les plus affaiblis, chez les déments dans le marasme, qu'on voit la pneumonie ne durer que quelques heures; en général, chez eux, elle ne dure guère plus de douze heures à deux ou trois jours.

Quelquefois elle précède l'apparition du délire qui semble naître sous son influence; en général il est alors de peu de durée, et cesse avec la cause qui l'a fait naître; aussi est-il assez commun de voir arriver à Bicêtre des individus envoyés comme aliénés, parce qu'une affection maniaque passagère était venue compliquer une agitation thoracique. Ils guérissent avec beaucoup de rapidité, quand ils n'arrivent point déjà convalescents. Dans notre première observation, nous avons vu un accès de manie précéder immédiatement le début d'une pneumonie.

§ IV.

Symptômes.

SYMPTOMES LOCAUX.

Toux et expectoration. — C'est une chose extrêmement rare que la toux; aussi l'avons-nous à peine observée dans un ou deux cas. Quelquefois l'on remarque des secousses légères de la poitrine qui cherche à se débarrasser des matières visqueuses dont les bronches sont remplies; mais le plus souvent elles manquent complètement, et il ne faut point compter sur ce signe pour être amené à soupçonner l'existence de la pneumonie. Cependant, si l'individu est vigoureux, si les troubles de l'intelligence et de la matité ne sont point graves, on pourra observer chez lui la toux comme chez tout autre individu non aliéné.

Il en est de l'expectoration comme de la toux, elle manque d'une manière presque constante; ainsi, tandis que, dans les conditions ordinaires, on note son absence une fois sur quinze environ, à peine deux ou trois fois avons nous pu trouver des crachats transparents, visqueux, contenant de nombreuses bulles d'air, teints en rouge ou en jaune abricot. Nous avons cependant fait les recherches les plus minutieuses, examiné les draps, les

oreillers du malade pour nous assurer s'il n'avait point rejeté quelque crachat caractéristique, mais toujours en vain; les forces expiratrices sont insuffisantes pour expulser des bronches la matière de l'expectoration, et ce fait doit avoir une grande influence sur la gravité et la marche rapide de la pneumonie; les malades meurent autant par asphyxie que par l'inflammation même du tissu pulmonaire.

Dyspnée.—La dyspnée est un phénomène plus constant; il est rare qu'elle manque. Cependant il faut souvent beaucoup de soin pour la bien constater; la poitrine soulève à peine la main qu'on y place pour apprécier ses mouvements d'inspiration et d'expiration, et ils sont si peu prononcés qu'on pourrait se tromper assez facilement; le nombre des inspirations, toujours noté avec soin, a varié depuis vingt jusqu'à cinquante-six; cette grande fréquence était toujours d'un fâcheux augure, et quand on arrivait à constater ce nombre, la mort ne se faisait pas long-temps attendre. Le plus souvent on ne trouve point sur la face les signes d'une grande gêne de la respiration; elle conserve sa tranquillité et son impassibilité ordinaires. Rarement nous avons vu la dilatation des ailes du nez et la contraction des muscles de la face exprimer la difficulté que les malades éprouvent pour respirer.

Douleur. — C'est avec raison que Celse a dit: *Plus habet periculi quam doloris;* et de récents travaux ont confirmé la vérité de cette assertion; il faut en général, pour que la douleur se produise, que l'inflammation de la plèvre se joigne à celle du poumon. Nous verrons, à propos de l'anatomie pathologique, que cette coïncidence est loin d'être rare, mais dans aucun cas il n'a été possible de noter l'existence de ce symptôme; souvent, il est vrai, l'état mental de l'individu s'y opposait; mais toutes les fois que nous avons pu obtenir une réponse, elle a été négative. Bien plus, nous en avons vu qui affirmaient se porter très-bien, et n'éprouver ni gêne ni douleur, lorsqu'on avait déjà reconnu chez eux une pneumonie fort avancée.

SIGNES PHYSIQUES.

Bruit respiratoire. — Il est assez commun de le voir manquer; mais c'est qu'il est masqué par des râles humides et sonores; tantôt on a observé ce phénomène dans un côté de la poitrine, tandis que dans l'autre on entendait le souffle tubaire, la bronchophonie, etc. Faisons remarquer d'ailleurs que le bruit d'expansion vésiculaire, à l'état sain, est souvent à peine marqué chez les aliénés, et qu'il disparaît d'autant plus facilement, lorsque les râles viennent à se produire.

La respiration bronchique a été assez fréquemment perçue; alors elle ne présentait rien de spécial. Une fois nous l'avons constatée chez un individu qui succomba à une pneumonie, et le lendemain il nous fut impossible de la retrouver, remplacée qu'elle était par des râles humides. Chez tous les malades de la troisième série, quelque soin et quelque attention que nous ayons apportés dans leur examen, il ne nous a point été possible d'entendre la respiration bronchique, quoique cependant à l'autopsie on ait trouvé une hépatisation bien manifeste. En général il en est du souffle tubaire comme du murmure respiratoire; quand on ne peut le constater, c'est qu'il est masqué par des râles.

La *bronchophonie* a toujours existé en même temps que la respiration bronchique; seulement elle offrait une intensité variable.

Râles. —Le râle crépitant, fin et sec, n'a été perçu que dans les pneumonies développées, chez des individus placés dans de bonnes conditions et dont l'état mental était peu grave; chez tous, la pneumonie a eu une terminaison favorable; c'est aussi chez eux que le râle sous-crépitant (*redux*) a été noté.

Quand elle devait avoir une issue fâcheuse, nous ne l'avons jamais rencontré. Les râles secs ou les râles humides se montraient d'emblée et sans être précédés ou accompagnés d'autres phénomènes d'auscultation; ils occupaient toute l'étendue des deux poumons : alors la pneumonie était double, et c'était sa forme la plus grave. Quelquefois on les voyait succéder au souffle tubaire et à la bronchophonie; peut-être ces signes existaient-ils au début, peut-être un examen fait de meilleure heure eût-il permis de les reconnaître? L'auscultation était cependant pratiquée aussitôt que le moindre phénomène morbide, le moindre changement dans les habitudes du malade venait éveiller l'attention.

La *percussion* n'offre point matière à des remarques particulières; on l'a trouvée constamment unie à la bronchophonie et à la respiration bronchique; elle devenait d'une grande importance lorsque ces deux signes, fournis par l'auscultation, étaient masqués par les râles abondants qui remplissaient la poitrine. Cependant la difficulté qu'on peut quelquefois éprouver à la bien mettre en usage lui ôte un peu de sa valeur comme moyen de diagnostic; il arrive assez souvent qu'on a beaucoup de peine à la constater, à cause de l'indocilité, de l'agitation de l'individu qu'on examine, à cause des cris qu'il pousse, des efforts qu'il oppose, etc.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Fièvre. — Jamais nous n'avons vu la fièvre manquer; toujours la maladie a suivi une marche rapide, et présenté une forme aiguë. Le nombre des pulsations a varié de cent à cent vingt; il diminuait d'une manière graduelle quand une heureuse issue devait avoir lieu; et sa fréquence augmentait rapidement dans le cas contraire. En général, le pouls n'avait point une grande force, une grande

résistance ; souvent filiforme, misérable, il se comptait avec difficulté. Rarement nous avons noté son irrégularité ou son intermittence, et l'accélération du pouls jointe à celle de la respiration sont les signes d'une pneumonie qui débute.

La température de la peau n'a jamais été très élevée ; souvent celle-ci est sèche, souvent aussi on voit la face, la poitrine, les mains baignées d'une sueur froide et visqueuse ; la rougeur des pommettes, soit des deux côtés, soit du côté où le malade se couche, ou bien de celui où existe la pneumonie, est une chose fort rare ; la face conserve le plus souvent sa coloration habituelle.

Le sang tiré de la veine n'offre rien de bien particulier ; il est séreux, son caillot sans consistance chez les paralytiques.

Le tube digestif ne sympathise guère avec le poumon enflammé. On n'observe pas souvent la diarrhée, les vomissements, etc.

On trouve dans un grand nombre de pneumonies tous les symptômes de l'adynamie : langue sèche, fendillée, recouverte d'un enduit brunâtre ; dents fuligineuses, lèvres encroûtées, prostration, selles et urines involontaires.

L'anorexie est un symptôme important à signaler, et qui peut servir quelquefois à lui seul à trahir l'existence d'une affection quelconque chez un aliéné, et de la pneumonie en particulier. La soif n'est point ordinairement beaucoup augmentée.

L'état de l'intelligence n'est point modifié en général ; l'apathie et l'état de stupeur qui caractérise certains malades sont encore plus prononcées ; chez les maniaques, le délire peut diminuer ou même disparaître, mais c'est pour reprendre son cours après la guérison ; il peut cependant cesser d'une manière définitive. D'autres fois, au contraire, la mort arrive au milieu de l'excitation qu'une maladie intercurrente n'a point fait cesser, ou bien encore l'agitation se change en une prostration considérable ; les vociférations sont remplacées par un complet silence, ils restent immobiles sans se plaindre, et deviennent indifférents aux objets qui tout à l'heure excitaient leur délire et leurs cris.

§ V.

Nature et forme de la pneumonie.

La forme adynamique l'emporte de beaucoup sur la forme inflammatoire ; cette dernière ne peut exister que chez les individus auxquels il reste une certaine dose d'énergie et d'activité, comme des maniaques à l'état aigu ou chronique, etc. Nous n'avons point eu un seul exemple de pneumonie bilieuse ; la forme adynamique est, sans contredit, la plus fréquente, et offre deux variétés, suivant qu'elle est latente ou non. Dans l'une, avec les phénomènes d'adynamie, existent les signes qui permettent de caractériser facilement la maladie ; dans l'autre il n'en est plus ainsi, et ce n'est que sur des indications fugaces et vagues qu'on peut établir le diagnostic. On a souvent, et sans raison, employé le nom de pneumonie latente, à une époque où les moyens d'investigation étaient moins nombreux qu'aujourd'hui ; mais, malgré tous les progrès faits depuis trente ans par la science, malgré les découvertes de l'auscultation et ses inépuisables ressources, nous pensons que cette forme ne doit point être rayée à tout jamais du cadre nosologique, et nous nous croyons autorisé à reconnaître l'existence d'une pneumonie latente, quand la plupart des signes locaux manquent, qu'il existe à peine quelques réactions sympathiques, et que l'auscultation ne fournit que des signes négatifs. Qu'on n'aille point croire cependant que nous exagérons l'importance du mot *latent*, et que nous désignons par là une affection qu'il soit impossible de reconnaître ; nous voulons seulement faire comprendre que son diagnostic s'entoure de difficultés, et qu'il faut quelque soin pour rattacher à l'existence ou à l'apparition d'une pneumonie les symptômes que nous venons d'indiquer. C'est ainsi que F. Franck l'entendait des médecins qui ont fondé la doctrine des péripneumonies latentes : « Aucun d'eux ne prend tellement à la lettre le mot *latent*, qu'il pense désigner par là une maladie qui échappe à l'examen. » (*Des péripneumonies*, § IV. 2.)

§ VI.

Diagnostic.

Il est facile dans la forme inflammatoire et dans la variété la plus simple de la forme latente ; dans l'autre, il faut plus de soin pour la bien reconnaître. Il est rare qu'elle n'existe point chez un individu en proie à un mouvement fébrile très-prononcé, chez lequel on constate l'accélération de la respiration et du pouls, et dont la poitrine est remplie par des râles abondants, secs ou humides. Nous ne nous sommes jamais trompé en nous aidant de la réunion de ces symptômes, les seuls qu'on puisse le plus souvent observer. Cependant ils n'ont qu'une valeur relative, et nous sommes fort éloigné de croire toute erreur impossible ; la véritable difficulté est de bien préciser le siége et l'étendue du point affecté ; la percussion, sinon dans tous les cas, du moins dans un grand nombre, pourra être d'une utilité incontestable ; l'appréciation du degré de la pneumonie n'est guère possible : et d'abord l'engouement inflammatoire est chose peu commune. L'autopsie ne nous l'a fait voir qu'une seule fois ; la marche rapide de l'affection peut permettre d'établir qu'elle passe très-facilement à l'état d'hépatisation rouge ; les symptômes qui permettent de la diagnostiquer chez l'individu dont l'intelligence est intacte ne se rencontrent plus ici ; enfin il

existe encore moins chez l'aliéné que chez tout autre des caractères propres à faire reconnaître le ramollissement gris.

§ VII.

Pronostic.

Il est toujours fort grave; on n'a guère l'espoir d'obtenir la guérison que chez quelques insensés dont l'intelligence n'a point éprouvé une profonde altération, comme chez les maniaques, monomaniaques, etc. On peut dire que la gravité de la maladie est en raison de la gravité de l'état mental; toujours la pneumonie qui frappe un paralytique plongé dans le marasme et couvert d'escarres l'atteint d'un coup mortel.

§ VIII.

Anatomie pathologique.

La pneumonie double existe plus fréquemment chez l'aliéné que chez le vieillard et l'adulte, mais moins souvent que chez l'enfant; nous l'avons rencontré dans la moitié des cas où l'autopsie a été faite. M. Calmeil était déjà arrivé au même résultat; quand la pneumonie était simple, celle du poumon droit a été à celle du gauche comme un est à trois. Ce fait est important à signaler, car il est en opposition complète avec la loi générale qui, jusqu'ici, a placé dans le côté droit la prédominance de la pneumonie à tous les âges et dans toutes les conditions : ainsi, la pneumonie droite est à la gauche :

Chez l'adulte, comme	289 est à	169.
Chez le vieillard	34	27.
Chez l'enfant	17	0.
Et dans les cas de pneumonie double avec prédominance d'un côté sur l'autre	59	10.

M. Calmeil avait aussi fait la même remarque : « D'après nos relevés, le poumon gauche s'enflamme beaucoup plus souvent que le droit. » (Art. *aliénés*. Dict. t. 2, pag. 195.) Faisons remarquer, de plus, que nous n'avons opéré que sur des hommes (l'on sait que la pneumonie droite est plus fréquente dans ce sexe), et que, pour établir ce résultat, nous n'avons tenu compte que des observations où l'autopsie avait été pratiquée.

Dans la moitié des cas, le lobe inférieur et le supérieur étaient enflammés; dans l'autre moitié, il n'y en avait qu'un, et c'était toujours l'inférieur, quand la pneumonie existait à droite, et le supérieur quand elle existait à gauche.

1° *L'engouement* s'observe rarement d'une manière isolée; il est assez souvent uni à l'hépatisation; on voit des poumons dont certaines parties présentent cet état, tandis que d'autres sont d'un rouge foncé, gorgé d'un liquide spumeux, crépitant et surnageant; tantôt aussi on trouve un poumon hépatisé d'un côté, tandis que de l'autre il n'est qu'engoué. Cet état n'offre d'ailleurs rien qui n'ait été décrit chez les individus non aliénés.

2° *Hépatisation rouge :* elle a présenté plusieurs variétés :

A. Tissu compacte, d'un rouge foncé, friable, à tranche granulée, ne surnageant point et dont on exprime un liquide épais et rouge.

B. Le parenchyme pulmonaire est d'un brun rougeâtre; sa tranche n'est point granulée, sa consistance à peine diminuée; il s'écoule un liquide rouge spumeux; il ne crépite point, la surnatation n'a point lieu.

C. Poumons colorés en rose clair, comme le poumon du veau; leur tissu est compacte, plus pesant que l'eau; il résiste à la section, sa consistance est un peu diminuée; on en exprime une certaine quantité de sérosité; la coloration est la même à l'extérieur qu'à l'intérieur. Cet état se rapproche de celui qu'on a décrit sous le nom de *carnification*.

3° *Hépatisation grise.* Rien de particulier à noter. Dans plusieurs cas nous avons trouvé de petits abcès au milieu du poumon hépatisé en rouge; le ramollissement rouge est au gris comme un est à trois.

La *pleurésie* accompagnait la pneumonie dans la moitié des cas; ordinairement c'étaient des pseudo-membranes d'une très-récente formation, dispersées sur la plèvre viscérale; les épanchements de sérosité étaient moins communs; deux fois elle était sanguinolente.

§ IX.

Traitement.

D'après ce qui a été dit à l'article du pronostic, il est facile de concevoir que le plus souvent le traitement ne peut être d'une grande efficacité. Il faut cependant établir des distinctions : chez les monomaniaques, chez certains maniaques placés dans des conditions favorables, chez les individus dont l'état mental n'est point très-grave, et à plus forte raison chez les aliénés en voie de guérison, le traitement le plus ordinairement mis en usage réussit bien; mais, il faut le dire, c'est là l'exception. Il n'en est plus de même quand il s'agit de malades affaiblis, dont l'organisation est profondément détériorée, et que la moindre secousse conduit au tombeau d'une manière inévitable.

Les *émissions sanguines*, soit seules, soit combinées au tartre stibié à haute dose, doivent être employées dans le premier cas; mais on doit les bannir dans le second. Ouvrir la veine d'un dément atteint de paralysie, surtout lorsqu'elle est parvenue au troisième degré, c'est hâter une fatale terminaison, car la saignée s'oppose à l'expectoration et rend l'asphyxie plus rapide en favorisant l'engouement des bronches; aussi jamais n'a-t-elle été mise en usage dans cette circonstance. L'application des ventouses scarifiées et des sangsues, qui n'a point les mêmes in-

convénients, quoique mieux indiquée, n'a point paru d'une grande utilité.

Emétique à haute dose. — L'impossibilité d'employer la saignée chez le plus grand nombre de nos pneumoniques, nous forçait à recourir au tartre stibié. Il a eu une influence favorable dans quelques cas graves; plus souvent, il est vrai, nous avons eu à déplorer son peu d'efficacité: c'était dans ces pneumonies à marche si rapide que nous avons signalées, et qui ne laissent aucune prise, même à la médication la plus active. Que faire à des malades emportés en quelques heures, et auxquels on a à peine le temps de faire avaler la première cuillerée de leur potion? Nous partageons entièrement l'avis de MM. Hourmann et Dechambre sur le mode d'action du tartre stibié; ils pensent qu'employé à haute dose il n'a d'avantage qu'autant qu'il excite le vomissement: « On conçoit, disent-ils, qu'il ne peut en être autrement quand l'indication essentielle, pressante, est de désobstruer les bronches. » Presque toujours nous avons eu à nous louer de son emploi, quand il a donné lieu à des effets primitifs, et surtout au vomissement. L'analogie qui existe entre la pneumonie des vieillards et celle qu'on observe chez les aliénés, dont le principal caractère est l'engonement des bronches par les mucosités, explique facilement cette conformité dans les résultats de notre expérience.

Nous croyons aussi à l'efficacité des vomitifs pourvu qu'ils soient fréquemment employés.

Les sinapismes et les vésicatoires sont des moyens qu'il est important de ne point négliger.

THORE, D. M.
Ancien interne des hôpitaux.

III. Quelques réflexions sur un cas de phthisie très caractérisée. — Guérison.

L'affection tuberculeuse est d'une telle gravité et si souvent suivie d'un funeste résultat, qu'aux yeux de la plupart des médecins la mort doit en être l'inévitable conséquence.

Quelques considérations sur ce sujet, consignées dans les numéros de septembre et juillet 1837 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, fournirent cinq exemples où la maladie, convenablement traitée, avait pu être enrayée : ces faits méritent toute l'attention des praticiens. Les révulsifs énergiques sur les parois thoraciques ont été, dans un cas qui s'est passé sous nos yeux, suivis d'un succès à peu près complet; bien que les espérances que naturellement nous avions dû en retirer, relativement à d'autres malades qui étaient atteints de phthisie et qui étaient soumis au même traitement, n'aient été qu'une décevante illusion, nous n'en mentionnerons pas moins avec plaisir, et dans l'intérêt de la science, le fait unique que nous avons eu occasion d'observer.

Le nommé Bourret, âgé de trente-six ans, et d'une constitution robuste, habite une contrée marécageuse où règnent d'une manière endémique les fièvres intermittentes. Cet homme, qui aimait passionnément la chasse, passait souvent des nuits, et dans toutes les saisons, au milieu des marais, les pieds humides et tout transi de froid; de là quelques bronchites légères et des rhumes qui se prolongeaient indéfiniment avec une toux opiniâtre. Le malade, qui n'était pas forcé de garder le lit, y faisait peu attention et n'en continuait pas moins ses dangereuses excursions. Il n'avait jamais eu de maladie grave, et, par conséquent, se croyait dispensé d'observer les règles de l'hygiène, lorsqu'une dyssenterie aiguë vint le surprendre et l'obligea forcément à devenir plus sédentaire. L'inflammation de l'extrémité inférieure du tube intestinal céda aux moyens très-rationnels qui furent employés, lorsque la toux, qui paraissait avoir diminué pendant le cours de la maladie intercurrente, reparut avec une extrême intensité. Insensiblement, et bien qu'on ne pût la rapporter à aucune cause d'hérédité, tous les symptômes de la phthisie se manifestèrent. Les calmants, les loochs, les juleps, furent la base du traitement; il n'y eut pas d'amendement, et la maladie eut bientôt fait des progrès effrayants. C'est alors seulement que nous fûmes appelé pour donner nos soins au malade. Les signes extérieurs trahissaient une affection tuberculeuse très avancée. Emaciation générale très prononcée, expectoration épaisse et grisâtre, escarres au sacrum, sueurs nocturnes, mouvement fébrile tous les soirs, toux presque continuelle et revenant par quintes qui fatiguaient beaucoup le malade. La percussion pratiquée à la partie antérieure et droite de la poitrine fournissait un son mat, depuis la troisième côte jusqu'à la base. On percevait à l'oreille, dans cette même région, un bruit de gargouillement très-prononcé; le même bruit se faisait encore entendre sous l'aisselle, ainsi qu'à la partie postérieure et inférieure du même côté. Dans les régions sus et sous-épineuses, la résonnance dépassait le type normal, et la pectoriloquie à l'application de l'oreille était manifeste. Cette pectoriloquie, cette sonorité et cette sorte de bruit de pot fêlé qui retentissaient à la percussion pouvaient-ils être rapportés à l'existence d'une caverne ou à une dilatation anormale des bronches? C'est une question à laquelle il nous a été difficile de donner une solution positive. Les crachats étaient en général épais, d'une teinte grise ardoisée; quelques uns, tirant sur le blanc et le jaune à la fois et agglomérés, auraient pu, à la rigueur, être considérés comme un détritus du tissu pulmonaire putréfié; l'odeur qu'ils exhalaient était fétide et nauséabonde. Mon pronostic

fut bientôt porté ; il fut en tout point d'accord avec celui du médecin qui avait précédemment traité le malade. Les parents furent prévenus du funeste résultat auquel on les avait déjà préparés et que je croyais devoir arriver infailliblement. Nous résolûmes, néanmoins, d'employer le seul traitement qui, rationnellement, fût à notre disposition, et nous n'hésitâmes pas à l'employer dans toute son énergie. Quatre larges cautères par la potasse furent simultanément appliqués, deux sous chaque clavicule ; deux larges emplâtres de poix de Bourgogne, saupoudrés d'émétique, furent appliqués à la partie postérieure de la poitrine ; un troisième emplâtre reçut une forme particulière pour couvrir toute la partie antérieure droite de la poitrine, ainsi que la région sous-axillaire du même côté.

Une médication si énergique ne tarda pas à produire son effet; il en résulta, pendant quelques jours, une réaction si vive, que tous les symptômes s'étaient réellement aggravés ; la fièvre, qui ne paraissait guère que vers le soir, devint continue et très-intense ; les loochs et différentes préparations opiacées furent administrées ; les parois de la poitrine ne furent bientôt qu'une large plaie que l'on pansait deux fois par jour, les cautères étaient en pleine activité ; mais l'état du malade, à peu de chose près, restait stationnaire. Insensiblement les douleurs diminuèrent ; l'alimentation très-légère dont il faisait usage, et qui consistait en laitages et quelques bouillies, ne le fatiguait nullement. Après quinze jours environ, l'alimentation fut légèrement augmentée, le malade put reposer pendant la nuit et fut moins souvent éveillé par les quintes de toux qui l'écrasaient, selon sa propre expression. Le bruit de gargouillement commençait à diminuer, mais l'expectoration était toujours très-abondante, et la matité existait encore aux parties susmentionnées. La pectoriloquie était perçue en arrière, et quelque peu en avant, à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, sous la clavicule. Dans l'espace des deux mois et demi qui suivirent, on renouvela deux fois l'application des emplâtres, et presque malgré la volonté du malade, qui les redoutait beaucoup, à cause des douleurs qu'ils ne manquaient pas d'occasionner. Après ce laps de temps, et toujours en combinant l'administration interne des juleps, des sirops, l'amélioration devint sensible ; le malade se levait, commençait à se promener et toussait beaucoup moins; les crachats étaient moins abondants; il se plaignait seulement que les forces ne revenaient pas vite. Deux mois plus tard, je vis cet homme gras, frais et ayant toute l'apparence d'une bonne santé ; il toussait encore par intervalles, mais beaucoup plus rarement. Je fus naturellement curieux de connaître l'état de la poitrine ; la percussion ne m'offrit un peu de matité qu'à la partie inférieure et postérieure du côté droit du thorax, dans la partie la plus voisine de la région axillaire. L'auscultation fournit pourtant une respiration vésiculaire normale, excepté dans la partie susmentionnée, où l'oreille percevait un léger bruit de crépitation. L'état du malade était des plus satisfaisants, et il commençait à se livrer aux travaux de la campagne ; ainsi, dans l'espace de quatre mois et demi environ, nous eûmes obtenu un succès inespéré. Depuis, je l'ai revu plusieurs fois, et sa bonne santé ne s'est pas démentie un seul instant. Si cet homme comprenait sa position, s'il ne revenait pas aveuglément à sa funeste manie de la chasse, dans le pays marécageux qu'il habite, nous ne doutons pas que la guérison n'eût des chances de durée.

Ce fait nous a paru si rare et si intéressant à la fois, que nous n'hésitons pas à le livrer à la publicité ; et nous devons le dire, il nous a surpris d'autant plus heureusement, qu'à la même époque nous donnions nos soins à sept autres phthisiques ; le même traitement fut employé chez tous ; chez quelques uns, des moxas furent appliqués au lieu des cautères ; chez tous, la maladie avait été prise dans une période moins avancée que chez notre malade ; chez quelques uns même tout-à-fait au début de l'affection, lorsque l'existence de la maladie était encore presque douteuse. Néanmoins, il ne nous fut pas permis d'obtenir un seul résultat favorable ; chez tous, l'affection tuberculeuse suivit sa marche accoutumée. Chez la plupart, nous eûmes occasion de noter une irritation concomitante des voies digestives, tandis que chez le malade qui fait le sujet de cette observation, les fonctions de l'estomac s'accomplirent toujours en toute liberté. Nous transmettons ce fait tel qu'il s'est passé sous nos yeux, il y a un an environ. Quelques médecins, dans cette terrible maladie, qu'ils jugent nécessairement mortelle, se contentent de recourir à des palliatifs, à des boissons mucilagineuses et narcotiques. Nous pensons avec toute confiance qu'à l'aide des moyens thérapeutiques que nous venons de mentionner, la science pourrait enregistrer quelques cas de guérison de la maladie connue sous le nom d'*affection tuberculeuse*.

A. Ponchet, D. M. P.

IV. Sur l'emploi de la ouate enduite d'un corps gras, comme pouvant remplacer les cataplasmes.

Il paraîtra un peu nouveau au monde médical que je vienne proposer un pareil moyen pour remplacer les cataplasmes, qui sont d'un usage si commun dans une masse d'affections médico-chirurgicales, et auxquels on ne pourrait pas assigner de bornes, depuis qu'ils sont mis en usage.

Il y a déjà long-temps que j'avais entre-

vu l'usage que l'on pourrait faire de ce nouvel agent comme un moyen thérapeutique, car M. le docteur Mayor de Lausanne ne se sert déjà que du coton dans sa pratique, où il lui a donné le nom de cataplasme sec.

Depuis si long-temps que les cataplasmes sont en usage, je ne veux pas prétendre avec ce nouveau moyen en bannir totalement l'usage, car il ne siérait pas trop bien à un petit praticien de campagne de venir saper tout d'un coup un topique que l'expérience des anciens et celle des modernes ont sanctionné par la pratique.

Je sais bien que l'on a voulu proposer depuis long-temps de remplacer les cataplasmes par les tranches d'éponges, ou avec du molleton. Ces substances étant imprégnées de mucilages, il paraît qu'elles auraient été de quelque utilité; cependant il y a une grande différence entre ces deux substances et le coton ouaté.

Ce dernier est toujours beau, blanc, propre, léger, doux et moelleux, quoiqu'on ait dit le contraire; il est facile de s'en procurer, vu qu'on en trouve presque partout. Son emploi n'est pas comme les cataplasmes, qui sont parfois gênants, difficiles à maintenir sur les parties; ils salissent les malades, le linge et les lits, et sont souvent insupportables chez beaucoup de personnes atteintes d'affections aiguës de l'abdomen, particulièrement de péritonites aiguës où ces fardeaux sont trop lourds, si j'ose m'exprimer ainsi; de plus, il faut que les malades aient le soin de les renouveler souvent, ou les garde-malades; à défaut de quoi, ils sont froids au bout de quelques heures, et ils ont encore l'inconvénient de se dessécher quand ils sont trop clairs; de plus, ils ont une odeur acide, quand on les laisse séjourner trop long temps sur les tissus malades.

Tandis que ceux dont je me sers sont bien plus faciles à appliquer que les autres. Ils ne sont pas gênants comme eux; ils ont l'avantage d'être toujours propres, légers, sans odeur comme les anciens. On peut les laisser toute la nuit en contact avec les parties malades sans qu'ils se refroidissent, car ils ont toujours la même température. Voilà, il n'y a pas de doute, un avantage que l'on ne peut pas obtenir avec les autres cataplasmes.

Les mêmes éléments font partie constituante de ceux que je viens proposer au public médical; chacun sait ce qui entre dans la composition des autres cataplasmes; c'est une huile et un mucilage, plus, de l'eau; le tout est réduit en bouillie par le moyen de la chaleur, etc. On sait aussi que l'effet des cataplasmes est de diminuer la caloricité des parties enflammées, en produisant l'effet d'un bain local, tout en diminuant la tension des tissus.

Eh bien! que l'on prenne donc de la même huile ou une autre, du mucilage ou un corps gras, celui que l'on voudra, pourvu que ce soient des huiles grasses non volatiles; vous en prendrez la quantité nécessaire qu'il faudra pour un cataplasme de la grandeur voulue, et vous l'oindrez avec la substance que vous aurez; mais il faut que ce soit tiède en hiver, et en été cela n'est pas bien nécessaire; quand votre ouate (ou le coton) en aura assez, bien entendu qu'il n'y aura qu'un côté de médicamenteux, vous aurez un bon cataplasme qui vous servira comme vous l'entendrez, et vous le maintiendrez comme les autres avec un mouchoir ou une bande; si vous voulez, mettez par dessus votre cataplasme du taffetas gommé, qui le maintiendra toujours à la même température.

Avec ces nouveaux cataplasmes, rien ne vous empêche de les rendre émollients, toniques, astringents et excitants, si vous le trouvez convenable, en prenant des décoctions astringentes, toniques et excitantes, ou des huiles narcotiques, ou les parties actives pour les cataplasmes narcotiques.

On peut obtenir les mêmes effets qu'avec les autres cataplasmes; on a avec ceux-ci un peu plus d'agrément à s'en servir; ces nouveaux cataplasmes me sont d'un usage habituel, et je ne me sers que bien rarement des autres.

Fs MALHERBE,
Médecin à Bonvillars, canton de Vaud (Suisse).

V. Réunion par première intention des parties complètement séparées du corps.

AU RÉDACTEUR,

Il existe en médecine quelques cas rares, dont l'existence, encore douteuse, est admise par quelques uns et rejetée par la grande majorité. Ces cas ont besoin d'être appuyés d'un grand nombre d'observations pour n'être plus en litige.

De ce nombre se trouve la réunion par première intention des parties totalement séparées du corps par l'action d'un corps vulnérant.

On possède à cet égard quelques rares observations admises par les uns, rejetées comme apocryphes par les autres; je viens vous soumettre, en ma qualité de votre très-ancien abonné, un cas de cette nature, dont vous voudrez bien, je pense, faire part à vos nombreux lecteurs par la voie de votre journal.

Le 23 juillet 1838, Etienne Dupin, de Barsac, tonnelier, âgé de vingt ans, travaillait avec sa *doloire*, instrument très-lourd et très-coupant; l'outil, ayant porté à faux, tomba sur le pouce de la main gauche, et le divisa ainsi qu'il suit : la ligne de solution de continuité commence au milieu du bord inférieur de l'ongle; de là elle se dirige en haut et en dehors, passe sur l'angle formé par la racine de l'ongle avec son bord externe, traverse le côté externe du pouce, revient sur la face palmaire de ce doigt de haut

en bas, et de dehors en dedans, et va finir au centre du bord libre de l'ongle où nous l'avons prise.

Je fus appelé sur-le-champ; je trouvai le blessé dans un appartement séparé du lieu où avait été faite la blessure; il avait plongé sa main dans l'eau froide.

Au moment où j'allais recouvrir la partie blessée, M. Latournerie, maître de la maison, apporta le lambeau séparé qu'il avait retrouvé dans les débris de l'atelier de tonnellerie.

Ce lambeau était formé, 1° par une grande partie de la pulpe digitale; 2° il était recouvert d'un épiderme très épais d'un côté, et 3° de l'autre par une partie de l'ongle.

J'eus l'idée de réappliquer le lambeau, mais j'aurais désiré le laver dans l'eau chaude; il ne s'en trouva pas de telle; je pris alors le parti de le secouer vivement dans l'eau froide et sanglante où le blessé tenait sa main, afin de le nettoyer de la terre qui y adhérait; l'application fut immédiate, et il fut maintenu en place par de nombreuses bandelettes agglutinatives; on peut évaluer à six ou sept minutes l'espace de temps qui s'écoula entre la solution de continuité et la réapplication du lambeau.

Pendant les premiers jours la plaie ne donna que quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

Le 11e jour, la réunion devait être faite ou elle ne se ferait jamais; je me décidai à enlever toutes les bandelettes avec la plus grande précaution, et je vis d'abord avec plaisir que le lambeau était en place, et cerné de toutes parts par une ligne en suppuration; je voulus m'assurer de son adhésion, et je le secouai légèrement avec les pinces à disséquer. Il résista. Je ne doutai plus du succès, la main fut lavée, et, par excès de précaution, je plaçai de nouvelles bandelettes.

Le 15e jour la partie de l'ongle qui était restée sur le lambeau se détache en partie; j'achève sa séparation d'un coup de ciseaux.

Le 16, l'épiderme très-épais commence à entrer en desquamation de la circonférence du lambeau vers le centre; j'enlève avec les ciseaux tout ce qui est détaché. Le doigt est enveloppé de coton.

Le 28e jour, voici l'état du blessé:

1° Le pouce est dépouillé de son épiderme;

2° Au centre du lambeau, il en reste encore un fragment dur, épais et racorni;

3° Le périmètre du lambeau qui avait été détaché est marqué par un très-léger sillon qui indique la trace de la solution de continuité;

4° L'ongle, qui n'avait pas été atteint par sa racine, a crû de trois lignes environ sur le lambeau, et il est adhérent à la pulpe sous-onguéale;

5° Le pouce qui, au moment de la blessure, était devenu pointu, a repris sa rondeur naturelle, laquelle ne sera complète que lorsque l'épiderme aura recouvré l'épaisseur qu'il avait.

6° L'ongle, croissant tous les jours, contribuera à rétablir les formes, et lorsque l'épiderme, épaissi par le travail, aura marqué la cicatricule ovale, il sera impossible de reconnaître aucune trace d'une blessure aussi forte.

Tels sont, Monsieur, les faits qui se sont passés sous mes yeux; seront-ils regardés comme authentiques? j'en doute. Les faits de ce genre sont encore trop peu nombreux pour qu'on ajoute foi à l'observation d'un modeste praticien qui n'a pas à son service une des cent bouches de la renommée. C'est une de ces choses dont il faut être témoin pour y ajouter foi. L'auteur de l'article *plaie*, dans le dictionnaire abrégé des sciences médicales, s'exprime ainsi, tome 13, page 88:

« On peut douter avec raison de la possibilité de réunir les parties totalement abattues; cependant quelques faits, qu'on ne saurait récuser sans trop de scepticisme, semblent attester que ce procédé a quelquefois réussi. »

Ce doute n'existe plus pour moi, et désormais je regarde comme un axiome en chirurgie que:

« *Des parties totalement séparées du corps, peuvent y être réunies, et même ne plus laisser de trace de leur ancienne séparation.* »

DUBROCA,
Officier de santé à Barsac (Gironde).

VI. Hydrophobie.

Monsieur le Rédacteur,

La lecture de l'observation d'hydrophobie consignée par M. Lanelongue, dans le numéro 4 de votre intéressant journal, m'a suscité le désir de soumettre à votre jugement deux cas, qui, avec tous les caractères de la rage proprement dite, laissent encore du doute sur la nature de la véritable maladie, dans l'esprit de ceux qui les ont observés avec moi.

Voici les faits:

Le 29 mai dernier, je fus appelé près du fils Joly, laboureur, âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution et d'une santé habituellement parfaite. Je le trouvai debout, arrivant de son travail des champs, où il me dit avoir ressenti tout-à-coup une douleur qui, du doigt, s'était propagée promptement à l'avant-bras, au bras, puis à l'épaule, sans gonflement ni changement de couleur à la peau; qu'arrivé chez lui il avait pu manger avec sa famille, mais que l'ingestion de tout liquide lui était impossible malgré son grand désir de boire, ce qu'il me fut facile de constater.

Supposant un spasme de l'œsophage, le sujet étant fort et le pouls très-plein, je lui pratiquai une forte saignée, et lui prescrivis

six pilules de deux grains de camphre chacune, à prendre d'heure en heure, et l'apposition d'un vésicatoire camphré à la partie antérieure du cou. Une heure après je revis mon jeune malade avec un confrère que j'avais prié de m'accompagner; les accidents étaient les mêmes, mais déjà l'horreur de l'eau était si manifeste et excitait de tels mouvements nerveux, que mon collègue n'hésita pas à prononcer le mot de rage, et que nous nous retirâmes persuadés que nous avions à combattre une hydrophobie spontanée, n'ayant pu recueillir aucun indice de morsure antérieure par un animal enragé.

Le lendemain au matin, je me rendis de bonne heure pour connaître le résultat du traitement prescrit, mais entièrement négligé, lorsque j'appris que ce malheureux était parti à cheval dans la nuit à trois lieues de là, pour se faire exorciser.

Je le perdis de vue jusqu'au moment de son agonie, qui me présenta tous les symptômes de l'hydrophobie la mieux caractérisée, trismus des mâchoires, œil hagard et brillant; salive écumeuse et gluante; pouls petit, inégal et intermittent; sueur froide et abondante; anxiété extrême, perte de connaissance sans délire ni ecchymose rabique. Tout espoir me paraissant perdu, je me retirai et appris, en sortant, que, pendant mon absence, les accident nerveux ne l'avaient pas un instant abandonnés, qu'il y avait eu quelques exacerbations, sans jamais pouvoir boire ni supporter la vue d'aucun liquide.

Deux jours après son décès, qui eut lieu sitôt ma sortie, le 5 à six heures du soir, ses parents, que je pressais de questions, m'avouèrent qu'un mois auparavant l'invasion leur fils avait été mordu au doigt par un jeune chien qui périt au moment même dans un accès de rage.

Le sujet de ma seconde observation est le cavalier d'ordre du chef de la douane à la résidence de Jard, qui avait tenu dans ses bras le fils Joly expirant, lui essuyant sans précaution la salive qui s'échappait continuellement de la bouche, ayant, au dire de son épouse, sur le dos de la main, des égratignures faites par les ongles d'un chien hydrophobe qu'il avait assommé dans la matinée.

A ma première visite, le 20 juin au matin, ce malheureux se plaignit d'éprouver depuis la veille de vives douleurs gastro-intestinales simulant une gastro-entérite aiguë avec gonflement de l'épigastre, sans fièvre, mais céphalalgie légère; je le saignai, lui prescrivis l'application de vingt-quatre sangsues sur l'abdomen et un bain pour le soir.

Déjà il ressentait un léger embarras à la gorge, qui augmenta bientôt à un tel point que le lendemain tout liquide lui fit horreur et que la déglutition en devint impossible. Désolé d'un pareil état, je sollicitai la présence d'un médecin de la ville des Sables, qui, trois ans auparavant, avait été témoin de la mort d'un hydrophobe.

A notre arrivée, le surlendemain 23, nous nous assurâmes que rien d'inflammatoire n'existait à la bouche ni à la gorge, qui nous parurent dans un état normal; la sensibilité du ventre persistait encore, mais à un moindre degré; les urines étaient rares, le pouls souple et régulier. Le moral du malade n'avait encore éprouvé aucune atteinte, et il nous assurait n'avoir aucune crainte de la rage dont on s'entretenait souvent près de lui, malgré ma défense. Invité par nous à réunir tout son courage pour supporter la vue d'un liquide que nous allions lui présenter, il nous le promit, parut calme et décidé, jusqu'au moment où, approchant le vase de sa main, des accidents hydrophobiques épouvantables représentèrent à nos yeux le spectacle hideux de convulsions, de spasmes, de hurlements, de raideur tétanique du tronc et des membres, enfin d'une série d'accidents tellement affreux, qu'effrayés d'un pareil état, nous nous retirâmes sans rien prescrire.

De retour chez lui une heure après, le calme était revenu, il conversa avec tout son bon sens, et nous dit que la vue d'un liquide lui causait un tel resserrement à la gorge, qu'il lui semblait qu'elle fût prise dans un étau, et que, menacé de suffocation, il tombait dans cet état convulsif. Prié de nouveau de tenter d'approcher de sa bouche une tranche de citron, pour tromper sa soif, il la prit, l'essaya; mais bientôt de nouveaux accidents reparurent avec une telle gravité, que nous le supposâmes près de sa fin.

Une heure s'était à peine écoulée qu'un changement complet s'était opéré dans son état; me voyant approcher, il bondit sur son lit, me demanda à boire d'un air joyeux et avala d'un seul trait l'eau que je lui présentai, rejetant ensuite convulsivement le vase sur le pavé.

Cette circonstance me donnant l'espoir de lui être utile, j'en profitai pour lui faire prendre trente-six grains de sulfate de quinine et deux grains d'extrait d'opium divisés en trois doses, de deux heures en deux heures, en commençant à l'instant même. Dès lors les accidents cessèrent; le malade continua à boire en grimaçant, il est vrai, mais sans une extrême répugnance. Le lendemain matin, j'administrai six nouvelles pilules, conformes aux premières, et les continuai les matinées suivantes en en diminuant graduellement les doses.

Malgré le mieux-être si extraordinaire et si prompt, le malheureux ressentit tous les soirs, pendant plus d'une semaine, une légère exacerbation, que j'avais constamment observée depuis le début de sa maladie. Les douleurs abdominales s'étant reproduites, je fis apposer de nouvelles sangsues et ordonnai quelques bains entiers. Huit jours après, mon malade put enfin sortir, n'éprouvant plus de temps à autre qu'un léger trémoussement convulsif des muscles des avant-bras.

Depuis trois mois qu'il a abandonné le pays, que sa présence effrayait, il jouit d'une parfaite santé.

D'après les faits, que dois-je conclure?

Était-ce un spasme de l'œsophage qu'avait le fils Joly? Je ne le pense pas.

Étaient-ce des accidents de la fièvre rémittente pernicieuse, observée par M. Bonafos, de Perpignan? Je ne le pense pas non plus.

Seraient-ce enfin des accidents de rage communiquée? Oui, dans mon opinion pour le fils Joly, mais incertitude chez Ardouin, à moins que le fait des égratignures fût vrai. L'imagination chez ce dernier a-t-elle pu produire de pareils accidents?

Dois-je attribuer la guérison d'Ardouin à l'administration du sulfate de quinine à hautes doses?

Ce précieux fébrifuge, que je ne sache pas avoir été employé en pareille circonstance, sous cette forme et à aussi fortes doses, s'opposerait-il comme anti-périodique au retour des accès rabiques?

Telles sont les questions que je soumets au jugement de mes confrères : et, lors même que ces questions ne pourraient être résolues, j'ai cru utile la communication de ces faits, dans la pensée que des circonstances semblables à celles qui se sont présentées à moi pourraient s'offrir à d'autres praticiens.

Agréez, etc.,

F. Potier,

Officier de santé chargé du service de santé de la douane du contrôle de Jard, arrondissement des Sables-d'Olonne (Vendée).

VII. De l'ongle incarné ou rentrant dans les chairs.

L'on n'est point encore fixé sur le mode le plus convenable de traitement de l'ongle incarné; chacun a proposé sa méthode : les uns opèrent par division, par arrachement; d'autres ont inventé des plaques, des crochets métalliques pour relever le bord libre de l'ongle dans le but de le faire croître au-dessus des chairs et de s'opposer à sa courbure en dessous. La charpie, l'éponge préparée, le carton qu'on introduit sous l'ongle dans le même but, ont été employés avec des succès variables. Nous pouvons le dire, ces succès ont été rares, si même ils ont eu lieu

L'ongle croît de bas en haut, c'est-à-dire en avant et latéralement; l'arrachement et la division ne s'opposent pas à cette croissance; aussi on voit fréquemment l'affection se renouveler, et quand même cela n'aurait pas lieu, la douleur atroce que cause une telle opération, l'irritation inflammatoire surajoutée à celle déjà existante, tout devait faire chercher une méthode plus certaine et moins cruelle. Quelle est la personne ou la femme nerveuse et irritable qui pourrait supporter une semblable opération? Aussi l'emploi de ce moyen ne doit être proposé qu'autant qu'on aura tenté, sans aucun succès, ceux moins violents. « Je diray encore qu'il y a plusieurs ausquels les ongles entrent en la chair des orteils, qui leur donnent douleurs extrêmes et souventes fois on n'auance rien à couper l'ongle, car recroissant, il fait le semblable mal. (A Paré, liv. XVII, p. 616, *Opera omnia...*)

Quant aux méthodes de relever et recourber en dessus la portion d'ongle incarné, la théorie en est plus facile que l'application. Pour saisir l'ongle enfoncé et recouvert par des chairs fongueuses, ne faut-il pas commencer par les exciser et détruire, source de vives douleurs, avant que de pouvoir y placer les agrafes ou crochets, y introduire les plaques, carton, éponges préparées ou charpie? Et combien de temps ces agents mécaniques devront-ils rester fixés? Encore l'ongle, dès qu'il sera abandonné à lui-même, n'a-t-il pas une propension à revenir et à se recourber de nouveau et latéralement? En général ces procédés ont très-rarement réussi.

Tout ce qui tend à détruire la portion d'ongle incarné, à s'opposer à sa recroissance dans cette direction, à éviter les grandes douleurs, et à amener une guérison assurée, doit être préférablement employé. Il n'en est point qui présentent ces conditions réunies comme la cautérisation, laquelle frappe de mort la partie, la fait exfolier et s'oppose à la croissance latérale de la portion d'ongle conservée. Dans l'arrachement de l'ongle on est obligé de cautériser le bord de l'ongle restant.

En Italie, à la suite de la campagne de 1805, j'ai eu occasion d'observer fréquemment la maladie dite ongle incarné, terme impropre, puisqu'il supposerait que l'ongle s'est fait chair, mais consacré par l'usage, que l'on conserve faute de mieux, et que celui d'onglade n'est pas encore adopté. A la suite de marches longues dans des contrées baignées par les pluies continuelles de l'automne, et par l'usage de chaussures dures et parfois étroites, nombre de militaires furent atteints de cette affection, que les non succès des traitements alors employés faisaient considérer comme incurable, et dans un cas de réforme; j'avais suivi les méthodes de soulèvement de l'ongle et de division; l'insuffisance de ces moyens me firent essayer les procédés indiqués par Paul d'Egine et Albucasis, sauf modifications, qui consistent en l'emploi de la cautérisation, concevant que si on privait cette portion d'ongle de la vitalité, il devait s'exfolier, et que la partie restante ne devait plus croître latéralement; je réussis et obtins des succès. Depuis lors je n'ai employé d'autres moyens, et mon procédé est en quelque sorte le même que celui indiqué par Barbette, Lorraine, Bordes et Labat, mentionnés dans votre journal. Les deux observations suivantes suffiront pour prouver l'avantage de cette

méthode, et compléteront celles déjà données par nos confrères.

Obs. I. — Lambert (A.), sapeur au troisième régiment du génie en 1830, me présenta le gros orteil du pied droit ayant le bord externe de l'ongle enfoncé dans les chairs, et recouvert de fongosités considérables dans son tiers externe, duquel s'écoulait une suppuration fétide, accompagnée de douleurs intolérables, qu'il portait depuis quelques mois. Je procédai au traitement par exiger le repos le plus parfait; des pédiluves et des cataplasmes émollients, même opiacés. Lorsque les douleurs furent calmées, je pris trois carrés de sparadrap agglutinatif, que je superposai l'un sur l'autre, et j'y pratiquai une ouverture de la longueur de l'ongle, y compris sa matrice, et d'une largeur suffisante pour détruire les fongus et la portion d'ongle que je voulais en retrancher. Ayant fait chauffer ce sparadrap, je le plaçai sur l'orteil, ayant soin que l'ouverture répondît à la portion malade. J'y plaçai un morceau de potasse caustique que je recouvris par une autre portion de sparadrap, le tout légèrement comprimé et maintenu par quelques tours de bande. Lorsque je levai l'appareil, la potasse caustique avait détruit les fongosités formant une escarre que je fis tomber au moyen de cataplasmes. Lorsque l'ongle fut découvert, j'introduisis un petit morceau de linge fin sous le bord, puis touchai avec le nitrate d'argent fondu à chaque deux pansements faits chaque jour. La portion d'ongle ne tarda pas à s'exfolier jusqu'à sa matrice, et l'ayant extrait sans presque de douleur, je passai le nitrate sur le bord de la portion d'ongle conservée, et environ deux mois suffirent pour amener une guérison qui, trois ans après, ne s'était pas démentie bien que ce militaire eût été faire campagne en Algérie.

Obs. II. A. Carré, ma nièce, se plaignait, en mai 1838, d'une douleur aiguë avec gonflement du gros orteil du pied gauche; il y avait une vingtaine de jours que cela avait lieu, lorsqu'elle me montra cette lésion, qu'elle attribuait au gonflement œdémateux de sa jambe et de son pied, affection chronique depuis plus de dix ans. Je reconnus que l'ongle était pénétrant dans les chairs, et que déjà des fongosités en recouvraient une partie de quelques millimètres; je fis appliquer des cataplasmes, et prendre quelques bains de pieds, avec la décoction de têtes de pavots. Et comme la malade est depuis quatorze ans atteinte de spasmes et affections nerveuses négligées, d'une très-grande irritabilité, je n'employai que le nitrate d'argent fondu pour détruire les chairs, et lorsque l'ongle fut à découvert, je le touchai deux fois par jour à la largeur d'un quart. Cette partie ne tarda pas à se racornir en dessus et s'exfolia. Je cautérisai aussi la partie conservée, et en juillet la guérison était complète. En septembre 1839, l'ongle du gros orteil droit produisit un même accident, et fut traité de la même manière que celui de gauche, avec le même succès. Depuis lors cette affection ne s'est point renouvelée.

Une des causes de la fréquence de l'ongle entré dans les chairs est la manière de les exciser; on les rogne en les coupant en arrondissant leurs angles, ce qui les fait croître latéralement, et leur propension à se recourber en dessous les fait pénétrer dans les téguments et chairs des orteils, surtout si on fait usage de chaussures qui, étroites et courtes, pressent sur l'ongle et son extrémité, et le font enfoncer. Aussi aux opérés j'ai recommandé de ne couper les ongles des gros orteils que carrément, en sorte que les ongles débordent les chairs, et que leur croissance se fasse en avant et non latéralement. En 1804, allant en Italie, ayant eu l'habitude d'arrondir les angles de mes ongles des gros orteils, j'éprouvai de la douleur gonflement dans ces orteils, par la pression et la croissance latérale des ongles; en ayant reconnu la cause, le repos et l'excision carrément guérirent ce principe d'affection, et depuis lors, malgré des marches longues et pénibles lors des campagnes de 1805 à 1809, je n'ai éprouvé ni gêne ni maladie des gros orteils. Aussi le moyen préservatif contre l'ongle incarné est de les couper carrément, et de ne point porter de chaussures étroites et courtes. Les femmes sont sujettes à cette maladie, vu qu'elles compriment par des chaussures étroites leurs pieds et orteils.

Carré, D. MP.,
chir. en chef d'hôpital en retraite.

Janvier 1841.

VIII. — Ongle incarné. — Méthode curative et facile.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et honoré confrère,

Je reçois à l'instant le numéro de septembre du journal des *Connaissances médico-chirurgicales* dans lequel je vois rapporter de nouveaux faits de guérison de l'ongle incarné par la destruction de la matrice de l'ongle, à l'aide de la potasse caustique. C'est du bon dans la thérapeutique de l'ongle incarné; mais il peut y avoir beaucoup mieux, à mon avis. C'est pour cela que je vous prie de vouloir laisser insérer dans votre estimable journal l'article suivant, que vos lecteurs, j'en suis sûr, liront avec intérêt, et qui pourra servir de complément aux derniers articles sur l'ongle incarné.

On sait combien ont été nombreux les procédés imaginés pour la guérison de l'ongle incarné. Et cependant il est vrai de dire que lorsque cette maladie, si simple en apparence, se présente dans la pratique, on éprouve généralement un certain embarras sur le choix des traitements à suivre, tant ils paraissent laisser encore à désirer. C'est que parmi les méthodes curatives préconisées, les unes, si elles sont peu douloureuses, ne sont souvent que palliatives, et que les autres, si elles guérissent, nécessitent ou l'extirpation de l'ongle ou l'emploi de l'instrument tranchant, moyens violents et redoutés, non sans raison, des malades. Frappé de ces inconvénients, que j'observais journellement dans le service des hôpitaux, je me demandai, dès qu'il me fut donné d'agir par moi-même, si on ne pourrait pas améliorer cette manière

de traiter l'onyxis. Je fis alors quelques tentatives dans ce but, et je me vis bientôt amené à l'emploi d'un procédé que, depuis près de deux ans, je mets en pratique avec un succès constant, et qui, par sa simplicité, le peu de douleur qu'il occasionne, la certitude et la promptitude de la guérison qu'il procure, me paraît l'emporter de beaucoup sur ceux jusqu'à ce jour employés. Il a pour but de détruire, avec le moins de douleur possible, la partie de la matrice unguéale qui correspond directement au bord de l'ongle qui rentre dans les chairs, en respectant le reste de cet organe sécréteur, de telle sorte que, quand l'onyxis n'est que d'un côté, la guérison s'obtient, quoiqu'on conserve encore à l'orteil les trois quarts ou les deux tiers de l'ongle. Or, j'obtiens ce résultat avec la plus grande facilité par la poudre de Vienne, caustique précieux qui, à une action sûre et rapidement obtenue, joint l'avantage que ses effets peuvent être calculés en quelque sorte à l'avance, ce qui ne pourrait se dire de la potasse caustique, par exemple, à cause de sa grande liquéfaction.

Or, voici quelles précautions je prends pour cette petite opération : soit le bord externe du gros orteil, ce qui est le plus fréquent, qui s'incarne, pour me servir de l'expression reçue : je taille avec les ciseaux un morceau de diachylum bien agglutinatif, de manière qu'il ait la forme de l'ongle, et qu'appliqué dessus il puisse le recouvrir et remplir exactement la rainure que celui-ci forme avec la peau de l'orteil, tant vers sa base que vers ses bords latéraux. Ces dimensions étant prises, je ménage avec les ciseaux une échancrure étroite, semi-lunaire, correspondante à la partie de la matrice unguéale qui nourrit le bord incarné et dont je veux produire la mortification. Par dessus est placé un second morceau de diachylum plus étendu et qui, recouvrant la peau de la région dorsale de la phalange unguéale, présente aussi une échancrure correspondante à la précédente. Tandis que le premier emplâtre protége l'ongle et la racine, excepté au point de l'échancrure, le second, tout en concourant aussi au même but, protége encore la peau voisine de la région dorsale de l'orteil. Enfin une bandelette obliquement dirigée en dedans est placée au côté de l'orteil, et finit par établir un espace allongé, triangulaire, dans lequel on aperçoit l'extrémité externe de la rainure unguéale postérieure, un peu des téguments voisins et de la rainure externe. C'est dans cet espace dont la base correspond, par conséquent, à la partie de la matrice unguéale qui est à détruire, que doit être placée la poudre calcio-potassique préalablement réduite en une espèce de pâte par l'alcool. Une bandelette recouvre tout cela. Recommandation est faite au malade de tenir le pied penché en dehors, afin que la partie du caustique, qui pourrait se liquéfier, n'agisse que sur les chairs soulevées par l'ongle rentrant, ce qui est sans inconvénient. L'appareil est ainsi laissé en place pendant 15 ou 20 minutes. Voici alors ce qui se passe : le caustique, par sa propriété corrosive, détruit la peau avec laquelle il était en contact, ainsi que la partie correspondante de la matrice de l'ongle, celle-là même de laquelle dépend le bord vicieusement dirigé. C'est ce dont on peut se convaincre dans quelques jours, quand l'escarre se détache. Il y a aussi destruction de la partie postérieure des chairs soulevées par l'ongle, ce qui est encore favorable. La cicatrisation de la plaie qui succède à la chute de l'escarre s'obtient assez souvent du douzième au vingtième jour. On peut hâter la guérison en incisant avec des ciseaux à lame étroite la partie de l'ongle qui s'enfonce dans les chairs, et qui n'est plus susceptible de se reproduire.

Sans vouloir citer ici tous les faits de guérison d'onyxis que j'ai obtenus par cette méthode, je mentionnerai pourtant le dernier que je viens d'obtenir tout récemment à l'Hôtel-Dieu d'Aix. Voici l'observation :

Gérard, fusilier, était depuis un mois et demi en traitement pour une maladie vénérienne, lorsqu'il me fit voir le gros orteil du pied droit dont l'ongle était incarné en dehors et blessait douloureusement les chairs voisines par sa direction vicieuse. Il nous déclare qu'il souffre de cette maladie depuis plusieurs années, que son frère et sa mère en sont atteints, et nous rappelle en même temps, en nous faisant voir l'autre gros orteil auquel il manque un tiers de l'ongle, que nous l'avons guéri nous-même l'an dernier, par le même procédé que celui que nous allons employer. Fort de mes expériences passées en faveur du traitement que j'ai décrit plus haut, je songeai, sans autre examen, à appliquer la pâte calcio-potassique, après avoir au préalable pris les précautions que j'ai indiquées pour que son action fût limitée. En conséquence, les pièces de diachylum ayant été disposées comme il a été dit, je plaçai dans le petit espace triangulaire correspondant à la portion de matrice unguéale qui devait être mortifiée, la pâte caustique, et, après avoir recouvert le tout d'une bandelette, je fis tenir le pied gauche en dehors. C'était le 26 août que je commençai ce traitement. Vingt minutes environ après cette application, je retourne chez le malade qui déclare n'avoir souffert que modérément, et, l'appareil enlevé, nous pûmes reconnaître que notre but serait obtenu ; car le caustique n'avait porté que sur les parties sur lesquelles nous désirions qu'il agît, savoir, sur le tiers externe de la rainure unguéale et sur la peau qui recouvre immédiatement de ce côté la matrice de l'ongle que nous voulions détruire, ainsi que sur une partie des chairs situées en dehors et tuméfiées par le bord unguéal.

Nous fîmes panser, le premier jour, avec un cataplasme émollient ; les jours suivants, un simple plumasseau de charpie enduit de

cérat était placé dessus. Au dixième jour, l'escarre était détachée totalement. On apercevait alors à découvert le tiers externe du bord postérieur de l'ongle dénudé de son organe sécréteur. N'en recevant plus l'alimentation et la vie, il était porté un peu en avant par l'accroissement du restant de l'ongle. Ayant excisé alors et sans douleur, avec des ciseaux à lame étroite, la partie antérieure du bord qui s'engageait dans les chairs, pour hâter la cicatrisation, le malade put dès lors se chausser.

13 *septembre*. La cicatrisation est complète et la guérison assurée à cet orteil, comme elle l'a été à l'autre, par la perte irremédiable de la partie de l'ongle dont la mauvaise direction produisait l'onyxis.

Ainsi, en 18 jours, nous avons guéri l'ongle incarné, d'une manière radicale, en conservant les deux tiers de l'organe, sans extirpation, sans instrument tranchant, et avec très-peu de douleur. Y a-t-il actuellement un seul des procédés chirurgicaux adaptés à cette maladie qui eût pu nous donner un résultat aussi favorable? Par l'emploi de la poudre de Vienne dans le traitement de l'onyxis, n'avons-nous pas obtenu dans ce cas tout ce que l'art peut désirer? Nous le pensons avec une conviction que nous croyons devoir être généralement partagée.

Si maintenant nous avions à traiter un onyxis bilatéral, nous ne tâcherions pas de provoquer, à l'aide de la potasse caustique, la destruction de toute la matrice de l'ongle, comme on nous l'a vu faire, il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, et comme l'a indiqué, l'an dernier, M. Barbette (voir le journal des *Connaissances médico-chirurgicales*, octobre 1839), parce que nous craindrions la reproduction d'un inconvénient qui nous advint alors et qui pourrait fort bien se renouveler, c'est-à-dire que nous obtînmes de la sorte la destruction de la matrice de l'ongle dans les points où elle n'était pas nécessaire, tandis que, sur les côtés plus protégés par les parties molles, l'action du caustique fut insuffisante, de telle façon que les bords incarnés continuant à l'être, nous nous vîmes forcé de revenir à une seconde application de la potasse. Nous préférerions donc faire deux applications isolées de la pâte calcio-potassique, sur les deux extrémités de la rainure postérieure de l'ongle et de sa matrice, après avoir pris nos précautions pour en protéger le restant. Notre but serait mieux rempli, la guérison plus assurée et le résultat plus satisfaisant. Nous pourrions ainsi conserver encore les deux tiers moyens de l'ongle. On sait que les ongles des orteils ont pour usage d'affermir les pieds dans la progression et de mettre leurs extrémités à l'abri de l'impression des corps durs. Il ne doit donc pas être indifférent d'en conserver le plus possible, comme cela devient praticable par le procédé que j'ai définitivement adopté, et qui, de facile exécution, peu douloureux, prompt à donner une guérison certaine et convenable à tous les cas, nous paraît digne de devenir la méthode générale du traitement de l'onyxis.

Nota. — Il importe de ne pas oublier que l'action du caustique s'étend toujours un peu au delà des limites de son application.

PAYAN,
Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu d'Aix.
Septembre 1840.

IX. Grossesse compliquée d'hydatides.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et honoré Confrère,

L'observation que je vous envoie m'a paru renfermer quelques enseignements utiles et dignes de l'attention de vos lecteurs; si vous pensez comme moi après l'avoir lue, je vous prie de lui donner une place dans vos colonnes.

L'affection connue sous le nom d'*hydatides de l'utérus*, quoique assez rare, puisque beaucoup de praticiens ont terminé leur carrière sans l'avoir rencontrée, est cependant bien connue et parfaitement décrite par plusieurs auteurs. Mais, entourée des circonstances qui se sont offertes à moi, elle est beaucoup plus rare et assez peu connue pour que l'exposé du fait pathologique dont j'ai été témoin m'ait paru n'être pas dénué d'un certain intérêt théorique et pratique. Quoi qu'il en soit et quelque imparfaite que soit ma rédaction, je vous l'adresse, vous laissant juge de l'utilité de sa publication.

Le 28 août dernier, je fus appelé auprès de madame M....., se disant enceinte de quatre mois et atteinte, depuis six semaines, d'une perte continuelle, mais peu abondante.

Madame M..... était âgée de trente-huit ans, brune, de moyenne taille et d'un embonpoint remarquable. Elle était mère de trois enfants vivants, et avait toujours joui, antérieurement à sa présente grossesse, d'une bonne santé, sauf quelques accès d'oppression qui se montraient dans les temps froids et humides, depuis qu'elle avait quitté le séjour de Marseille, sa patrie, pour celui de Lorient.

Depuis quatre mois, au contraire, elle avait été continuellement maladive, et, depuis six semaines, les pertes de sang n'avaient point discontinué. Aussi je la trouvai pâle, le visage bouffi, et les extrémités inférieures infiltrées. Le ventre était plus volumineux qu'il n'est habituellement au quatrième mois, et la malade m'assura avoir senti remuer son enfant depuis quelque temps. J'appliquai l'oreille, et j'entendis le bruit du soufflet du placenta dans toute l'étendue du bas-ventre d'une aine à l'autre, et, quoique peu distinctement, les batte-

ments du cœur du fœtus. Au toucher, je trouvai le col un peu dilaté, mais pas assez pour me permettre l'introduction du doigt. Le sang que j'amenai était séreux et d'une couleur sale.

J'annonçai que je croyais madame M..... au cinquième ou sixième mois de sa grossesse ; et je conseillai le repos complet, le silence, l'eau de riz gommée et une saignée qui fut pratiquée de suite. Il y eut une légère syncope ; après quoi, je laissai la malade dans un état assez satisfaisant. Il était alors neuf heures du matin.

L'après-midi, sur les trois heures, je fus rappelé en toute hâte, et je trouvai madame M..... en proie aux douleurs de l'enfantement qui s'étaient déclarées depuis une heure. La perte avait augmenté, et le sang en était vermeil, bien différent de celui que j'avais remarqué le matin. J'insiste sur cette circonstance, parce qu'à l'avenir, dans un cas pareil, je m'aiderais beaucoup de la teinte du sang dans mon diagnostic. Sur le moment, je n'y fis qu'une attention infructueuse. Le col avait une dilatation de la grandeur d'une pièce de deux francs, pendant les douleurs ; et je remarquai que son ouverture était occupée par un corps mollasse nullement analogue à la saillie de la poche des eaux. Au moindre effort pour le soulever et introduire le doigt, il s'échappait beaucoup de sang liquide et en caillots : *je crus à une implantation du placenta sur le col.*

Je déclarai aux parents que l'avortement était déclaré, et, comme les douleurs étaient bonnes, je fis espérer une prochaine délivrance. La malade fut placée sur un lit convenable, et j'attendis l'événement, suivant la marche du travail, à l'aide du toucher que je pratiquais avec de grandes précautions pour ne pas opérer davantage le décollement du prétendu placenta. La perte continuait, mais non d'une manière inquiétante, sauf les cas où mon doigt pénétrait au dedans du col. D'ailleurs, les douleurs se maintenaient d'une manière satisfaisante. Au bout d'une heure cependant, elles se ralentirent, et j'administrai le seigle ergoté, mais inutilement ; car elles cessèrent entièrement quelque temps après, sans qu'une seconde dose les fît reparaître. J'attendis ainsi une partie de la soirée sans succès.

Je commençai alors à m'inquiéter : l'hémorrhagie continuait plus abondante ; la maade était faible et se plaignait sans cesse du entre et des reins, sans qu'aucune douleur expulsive se déclarât. La face était horriblement pâle, couverte de sueur ; il y avait des bâillements, des défaillances et une propension au sommeil dont je redoutais les conséquences.

Le danger me parut assez imminent pour tenter l'accouchement forcé. Le col était souple et sa dilatation égalait presque la largeur d'une pièce de cinq francs. Je pensai que je pourrais, en forçant sur l'ouverture, introduire ma main entre le col et le placenta, en décollant ce dernier, et aller saisir le fœtus. Je me décidai donc à agir, et je commencai à introduire l'extrémité de mes doigts, en contournant la masse qui obstruait l'ouverture. Mais je sentis alors que je n'avais besoin de faire aucun effort de décollement, et que mes doigts s'enfonçaient avec la plus grande facilité dans le corps du placenta supposé. Je conçus aussitôt des doutes, et, saisissant un lambeau qui flottait entre mes doigts, je le tirai au dehors et reconnus plusieurs vésicules hydatidiques.

Il est bon de dire ici que les mouvemens du fœtus avaient cessé depuis le matin, et que je ne percevais plus les battements du cœur, mais seulement le bruit de soufflet.

J'avais, un an auparavant, rencontré un cas d'hydatides chez une femme de quarante-huit ans, qui se croyait enceinte de quatre mois, et qui, après une perte de quelques jours (*perte séreuse et d'une couleur sale*, comme celle observée dans le cas présent), s'était débarrassée naturellement d'une môle vésiculaire sans aucune trace d'embryon. Le cas ici n'était plus le même : dans le premier, tout s'était passé sans péril et sans le secours de l'art ; tandis que, dans le cas présent, une hémorrhagie persistante mettait les jours de la femme en danger. Mais, préoccupé du premier fait que j'avais observé, je crus avoir affaire à une môle hydatidique simple, et je rappelai aussitôt à une élève sage-femme qui m'assistait, les mouvements sentis par la mère et les bruits par moi perçus dans l'abdomen, comme un exemple des illusions qui viennent si souvent donner le change au praticien.

Au reste, les indications ne se trouvaient pas changées pour moi, et je réintroduisis ma main pour extraire tout ou partie de la masse d'hydatides. L'opération n'était pas facile ; ma main, quoique d'assez petite dimension, et malgré des efforts assez considérables qui faisaient beaucoup souffrir la malade, ne pouvait s'avancer dans l'utérus que jusqu'au niveau de l'articulation métacarpienne du pouce. Dans cette position, le pouce rendu inactif par la constriction qu'opérait le col, la main agissait imparfaitement et je ne pus extraire qu'une petite portion d'hydatides, la masse se broyant sous les doigts au moindre effort. Je renouvelai deux fois l'opération, et voyant, après quelques instants de repos, que l'hémorrhagie s'était arrêtée, je cédai aux prières et à la résistance de la malade, et renonçai pour le moment à l'extraction du reste de la môle, espérant aussi que l'utérus, revenant sur lui-même par suite de l'extraction d'une partie de son contenu, recouvrerait assez d'énergie pour en expulser le reste. Du reste, l'abdomen conservait encore plus des deux tiers de son volume primitif.

La malade fut donc remise au lit, après

avoir toutefois pratiqué dans l'utérus quelques injections acidulées.

Les hydatides extraites auraient rempli la moitié d'un chapeau ordinaire. Elles étaient en tout semblables à celles que j'avais déjà rencontrées, et telles qu'on les trouve décrites dans les auteurs. C'était une agglomération de vésicules transparentes, de couleur légèrement ambrée (du moins dix heures après), du volume d'un grain de millet à celui d'une aveline, toutes pédiculées et suspendues en forme de grappes à d'autres pédicules très fins insérés sur des rameaux communs qui se rendaient, en se confondant, à un centre plus massif, assez solide, comme charnu : cette dernière partie était celle qui adhérait aux parois de l'utérus.

Le lendemain matin, je trouvai la malade souffrant, comme la veille, du bas-ventre. Elle avait peu dormi ; elle n'avait perdu que peu de sang sanieux et quelques hydatides. Le col était dilaté comme je l'avais laissé ; je sentais les hydatides, et j'en entraînai même quelques-unes avec les deux doigts introduits. Les liquides qui s'écoulaient avaient une odeur insupportable. Je pensai que la présence dans l'organe de matières putréfiées n'était pas sans danger pour une personne aussi affaiblie que ma malade, et je proposai de renouveler l'expérience de la veille ; mais elle ne voulut point y consentir, et j'espérai moi même encore que le travail expulsif se déclarerait. J'attendis donc jusqu'au soir, me contentant d'ordonner quelques injections acidulées. Mais, à ma visite du soir, tout était dans le même état : la femme souffrait beaucoup, et l'odeur des liquides qui s'écoulaient par la vulve la gênait tellement, qu'elle consentit à me laisser agir.

J'essayai d'abord d'une pince à larges mors ; mais les tissus saisis n'offraient pas assez de résistance, et je n'entraînais que les faibles parties comprises entre les mors. Je recourus donc de nouveau à la main que j'introduisis à la même distance que la veille et à trois reprises différentes, attirant chaque fois au dehors une nouvelle portion d'hydatides. La masse extraite dans mes deux séances était considérable, et toute la partie inférieure et moyenne de l'utérus était nettoyée aussi bien que possible. Enfin, à la quatrième introduction, en enfonçant mes doigts dans une nouvelle portion de la prétendue môle, je sentis une poche membraneuse que je reconnus de suite pour l'œuf fœtal. Comme je cherchais à saisir son contenu à travers ses membranes, elles se rompirent, le liquide amniotique s'échappa, et les pieds venant à glisser entre mes doigts, j'attirai au dehors un fœtus du sexe masculin, bien conformé, long de dix pouces environ et qui me parut avoir passé le cinquième mois de la vie intra utérine. Je conjecturai qu'il avait dû cesser de vivre depuis trente heures au moins.

Une légère traction sur le cordon me donna la sensation de plusieurs fils qui se cassent. Je glissai mes doigts sur lui jusque dans l'utérus ; mais on pense bien que je ne trouvai pas de placenta. Le cordon se terminait par quelques filaments déliés qui plongeaient au milieu d'un restant d'hydatides que j'entraînai au dehors avec lui. Un lambeau de membrane que je voulus extraire adhérait tellement aux parois utérines, que je fus obligé de l'abandonner dans l'organe.

Madame M..... fut soulagée instantanément, et après quelques injections légèrement acidulées, faites à l'aide d'une sonde œsophagienne, elle fut remise au lit et passa une bonne nuit.

Je la trouvai, le lendemain matin, dans un état très satisfaisant et fort contente de son bien-être ; mais, le soir, après un long frisson, la fièvre se déclara avec céphalalgie, toux fréquente, oppression, puis délire, douleur à l'hypogastre, vomissements, etc. ; enfin, après quelques alternatives d'espoir et de crainte, madame M..... succomba, le 7 septembre, à une métrite compliquée de symptômes typhoïdes que j'attribuai à l'absorption des matières putréfiées dans l'utérus.

Vos lecteurs, Monsieur, déduiront mieux que moi de ce fait ses conséquences théoriques et pratiques, et je m'empresse de terminer une narration déjà beaucoup trop longue.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

M. VILLERS, D. M.

L'Orient, septembre 1859.

X. Opération césarienne avec suture de la matrice, suivie de guérison.

Le 27 mars, au soir, je fus appelé à Oisseau, près Mayenne, par M. Renaut, officier de santé à Ambrières, pour donner mes soins à la femme Patrice, en travail d'enfant depuis deux jours. Le terme de la grossesse était arrivé. Quinze jours avant, me dit M. Renaut qui avait vu la femme à cette époque, les eaux avaient commencé à s'écouler. Mandé pour terminer l'accouchement aussitôt les douleurs commencées, et voyant qu'après vingt-quatre heures de contractions énergiques de la matrice, l'enfant ne s'était aucunement engagé dans le bassin, il jugea l'accouchement impossible par les seules forces de la nature, et c'est alors qu'il réclama mon aide.

Arrivé près de la malade, connaissance ayant été prise des faits précédens, je jetai un coup d'œil rapide sur l'ensemble de la constitution de cette femme. En voici le résultat : la femme Patrice, âgée de 24 ans, arrivée à peine à la taille d'un mètre trente centimètres (quatre pieds), offre une consti-

tution grêle, rachitique, avec cette mauvaise conformation des hanches qui donne aux femmes qui la possèdent la marche particulière et caractéristique que nous leur connaissons. Assez bien faite du reste, elle est mariée depuis un an avec un homme de constitution semblable à la sienne et dont la colonne vertébrale est fortement inclinée.

Toutes les questions d'usage en pareil cas étant épuisées et les douleurs de l'enfantement continuant avec violence après mon arrivée comme avant, je passai de suite, par le toucher, à la recherche de la cause qui mettait obstacle à l'accouchement. La malade placée sur le bord du lit, les jambes écartées et maintenues par des aides, j'introduisis dans le vagin la main tout entière que je portai jusqu'au détroit supérieur où s'était engagée, en forme de coin, une partie du crâne dont les os se croisaient fortement le long des sutures, tant les contractions utérines avaient été vives. La tête était véritablement enclavée, par son sommet, entre l'angle sacro-vertébral très proéminent et les pubis, dans un espace qui ne présentait pas plus de cinq centimètres (pas deux pouces) d'ouverture. L'accouchement fut aussitôt jugé impossible, même à l'aide du forceps. Cependant les douleurs continuaient et la malade commençait à s'affaiblir ; il fallait donc prendre un parti promptement, si on voulait faire quelque chose dans l'intérêt de sa conservation. Trois moyens se présentaient : 1° perforer le crâne de l'enfant, puis arracher le tronc par lambeaux, à l'aide des crochets ; 2° la symphyséotomie ; 3° l'opération césarienne.

Le premier de ces moyens me parut ici tellement périlleux, à cause de l'impossibilité d'introduire la main dans la matrice et de pouvoir ainsi diriger les crochets aigus après la perforation du crâne, qu'il fut rejeté tout d'abord. Et d'ailleurs, en supposant que l'application de ces crochets, faite au hasard, n'eût porté aucune atteinte à la matrice, la violence qu'on eût été obligé d'employer pour forcer l'enfant à franchir un passage si étroit eût été tellement considérable et par conséquent redoutable pour l'utérus, que cette manœuvre eût entraîné à sa suite les dangers les plus graves. D'un autre côté, la certitude de la vie de l'enfant, dont le cordon ombilical engagé en partie dans un des côtés du détroit supérieur, laissait distinctement percevoir des battements au toucher, vint encore nous affermir dans le rejet de ce premier moyen. 2° La symphyséotomie. Par l'écartement des pubis serait-on parvenu à donner au détroit du bassin une ouverture suffisante pour rendre l'accouchement possible, à l'aide du forceps? Je ne le pense pas. 3° Enfin restait l'opération césarienne, par laquelle l'enfant devait presque certainement conserver la vie, et la mère encourir les chances d'une opération dangereuse, il est vrai, mais entreprise encore à temps avant que les forces fussent complétement épuisées. Je m'arrêtai à ce dernier parti et je procédai sur-le-champ à cette opération ainsi qu'il suit :

La malade fut placée sur une table étroite garnie comme un lit, la tête basse, les jambes relevées et écartées. La vessie vidée à l'aide de la sonde, et toutes les précautions prises en pareil cas pour tendre la peau et fixer la matrice, je fis sur le milieu de l'abdomen une incision verticale qui, partant de l'ombilic, se rendait presque au pubis et offrait de quinze à seize centimètres (six pouces) de longueur. Les téguments furent incisés couche par couche et le péritoine ouvert avec précaution, en le soulevant pendant que je prolongeais l'incision en haut et en bas. Les lèvres de la plaie étant écartées ainsi que plusieurs anses intestinales qui se présentaient, je passai à l'incision de la matrice qui, toujours fixée, fut ouverte sur la ligne médiane, couche par couche, avec lenteur et dans une étendue d'environ treize à quatorze centimètres (cinq pouces). Arrivé aux dernières couches de fibres qui constituent l'utérus, je reconnus facilement le placenta qui était fixé à la partie antérieure. Je ménageai, autant que possible, cet organe pour éviter toute effusion de sang. La section de la matrice étant terminée, je décollai aussitôt le placenta que j'entraînai au dehors en le saisissant à pleines mains. L'extraction de l'enfant, commencée par les pieds, n'offrit rien de particulier. Seulement, pour amener la tête au dehors, je fus obligé d'employer la manœuvre dont on se sert ordinairement dans l'accouchement naturel par les pieds, et qui consiste à placer la main sur le front ou la face pour ramener le diamètre occipito-mentonnier à une direction verticale. Le cordon ombilical fut aussitôt coupé, l'enfant poussa un cri, il était sauvé. Son poids était d'environ trois kilogrammes.

L'accouchement étant ainsi terminé sans accident, sans avoir eu le plus petit vaisseau à lier, la matrice fut nettoyée en la tenant près de l'ouverture abdominale, puis abandonnée à elle-même. Ses contractions ne tardèrent pas à se manifester et bientôt tout écoulement de sang discontinua. Cependant, bien que, par suite de ces contractions, l'ouverture pratiquée à l'utérus fût réduite à des dimensions moins considérables, la plaie conservait encore une grande longueur et ses lèvres non rapprochées présentaient un écartement de trois à quatre centimètres (un pouce), dans lequel aurait pu s'engager une anse intestinale ou une portion d'épiploon. Cette disposition, qui devait en outre permettre l'épanchement facile dans le péritoine des lochies et de la suppuration ne laissait pas que de m'inspirer de l'inquiétude. Aussi, après un moment de réflexion, pour prévenir ces accidens possibles, me décidai-je à fermer la plaie par quelques points de suture. A cet effet, des aiguilles droites ordinaires furent garnies de fils doubles cirés (je n'avais pas avec moi d'aiguilles plates

et courbes), puis, le doigt garni d'un dé à coudre, j'enfonçai mes aiguilles de dehors en dedans, pour le côté droit, de dedans en dehors, pour le côté gauche. à quelques millimètres des bords de la plaie et en comprenant toute l'épaisseur de l'utérus. Trois fils, ainsi placés, l'un au milieu, deux aux extrémités, furent serrés légèrement et arrêtés par un double nœud près duquel ils furent coupés. La réunion était parfaite : alors la matrice fut complétement abandonnée à elle-même.

Je passai ensuite au rapprochement des bords de la plaie de l'abdomen. Avec les mêmes aiguilles garnies de fils plus larges, je pratiquai, en comprenant toute l'épaisseur des téguments et même le péritoine, trois points de suture enchevillée, en outre desquels la forme proéminente du ventre rendit encore nécessaires deux autres points de suture séparée aux extrémités supérieure et inférieure de la plaie. Les lèvres étant parfaitement affrontées, excepté en bas où je les laissai un peu béantes pour donner issue à la suppuration qui pourrait se former, je terminai le pansement avec de la charpie, des compresses et un bandage de corps assez fortement serré. La malade fut reportée dans son lit et couchée sur le dos, la tête et les genoux élevés.

La malade passa la nuit suivante assez tranquille et fut mise à l'usage de l'eau de tilleul pour boisson. Le lendemain, le pouls présentant de la fréquence et de la dureté, malgré toute absence de douleur, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. Cette journée et la nuit suivante sont bonnes. Le surlendemain, le pouls, moins dur, l'est encore assez pour exiger une seconde saignée de trois palettes. Pendant ces deux jours, des lochies sanguinolentes sont sorties par la vulve. Lors de l'opération, la malade éprouva du froid qui occasionna une bronchite avec toux fréquente, qui ne laissa pas que d'inspirer de l'inquiétude par l'influence fâcheuse qu'elle pouvait avoir sur la cicatrice. Le tilleul fut remplacé par de l'eau d'orge miellée, du bouillon de veau léger et du sirop de capillaire.

Lundi 30, il n'y a pas eu d'évacuation alvine depuis le jour de l'opération : on administre trente grammes (une once) de tartrate de potasse dans deux tasses de bouillon d'herbes. Ce laxatif produisit, contre toute attente, un vomissement assez abondant accompagné d'une selle. Le bien-être ne s'en soutint pas moins. Aucune douleur dans le ventre, ni dans la cicatrice ; les lochies continuent toujours. On combattit plus tard la constipation par des lavements.

Mercredi, 1er avril, on enlève le premier appareil qui est à peine taché par la suppuration. La plaie, lavée à l'eau tiède, paraît en bonne voie de cicatrisation. On remplace la charpie par de la nouvelle imbibée de crème, et on continue le même pansement tous les jours, jusqu'au 6 avril, où, la réunion de la plaie abdominale paraissant solide, je coupe tous les fils des sutures. La plaie, dans un état parfait, est alors pansée à plat jusqu'au 24 où il n'existe plus aucune trace de suppuration. La fièvre, qui avait persisté jusqu'à cette époque, cesse en même temps ainsi que l'écoulement lochial et purulent qui avait succédé aux premières lochies sanguinolentes. A partir du 10 avril, deux potages sont accordés par jour, et, à mesure que le mieux augmente, on permet d'augmenter légèrement la nourriture. Aujourd'hui la guérison est complètement consolidée et la malade se lève, prenant pour toute précaution le soin de soutenir la cicatrice avec une pelote de linge ouatée et solidement piquée.

Cette opération césarienne, comme on le voit, n'offre rien de particulier, si ce n'est la rapidité de la guérison obtenue sans le moindre accident et sans douleur. Elle n'est donc remarquable que par le moyen employé pour fermer la plaie de la matrice, moyen non conseillé, mais blâmé par les chirurgiens, et qui valut la qualification d'inhabile, donnée par Desormeaux à un accoucheur qui s'en servit en pareille circonstance. Ne s'est-on pas trop exagéré les dangers qu'entraînent à leurs suites les sutures? Presque généralement proscrites pendant un certain temps, l'opinion publique paraît aujourd'hui plus disposée à les admettre avec discernement. Les règles de leur emploi sont difficiles à tracer. C'est au chirurgien à prononcer quand et comment il doit y avoir recours. Dans l'exemple rapporté ci-dessus, il fallait laisser béante une plaie de la matrice, permettre l'épanchement de la suppuration dans la cavité péritonéale ; ou bien il fallait fermer cette plaie avec la suture accompagnée de ses dangers. C'est le dernier parti auquel je me suis arrêté. Ai-je bien fait ? La fin a justifié le moyen. Mais ce n'est pas une raison pour mettre ma conduite dans ce cas à l'abri de la critique.

GODEFROY,
D. M. à Mayenne.

XI. Opération césarienne, — Extraction d'un fœtus à terme et vivant, — Tympanite, double ponction, — Mort.

Monsieur le Rédacteur,

Lorsque les circonstances conduisent l'homme de l'art à pratiquer une de ces opérations rares, graves de leur nature et dangereuses dans leurs suites, il est de son devoir de faire connaître à ses confrères les motifs qui l'ont déterminé à agir et les causes qui ont amené un résultat heureux ou funeste.

L'observation suivante vous paraîtra, je pense, digne de trouver place dans votre utile journal.

La nommée Marie Mérou, âgée d'environ qua-

rante ans, se maria en 1831. Cette femme, appartenant à la classe ouvrière, avait une taille au-dessous de la moyenne, un embonpoint considérable, un corps ramassé, trapu, un tempérament sanguin, une constitution forte. Pour la première fois, vers la fin de décembre 1838, elle crut être enceinte; la suspension du cours des règles qui jusqu'alors avait été régulier, le trouble des fonctions digestives, l'état des seins, la confirmèrent peu à peu dans son opinion. Dans la seconde quinzaine d'avril 1839, la femme Mérou me fit appeler et me pria de lui pratiquer une saignée pour mettre fin au malaise général qu'elle ressentait depuis quatre mois: la vue d'une femme extrêmement grosse, petite et vacillant dans sa marche excita ma surprise; je demandai en vain à pratiquer le toucher; plusieurs réponses m'ayant donné une certitude presque complète de la grossesse, je fis une saignée et je me retirai bien contrarié de n'avoir pu dissiper mes doutes sur l'existence de quelque difformité du bassin.

Le 19 septembre suivant, je fus mandé de nouveau; la femme Mérou, que je n'avais pas vue depuis le mois d'avril, m'apprit que la saignée l'avait peu soulagée, que depuis deux mois le malaise avait beaucoup augmenté et que les douleurs de l'enfantement s'étaient déclarées le 16. La sage-femme, qui depuis trois jours était auprès de la malade, me dit que les douleurs paraissaient bien souvent, étaient peu vives et fixées dans la région des lombes; elle ajouta que les eaux ne s'étaient pas encore écoulées et qu'elle n'avait pu, par le toucher, reconnaître le col utérin. En pratiquant le toucher, je fus d'abord frappé de la saillie énorme que faisait la symphyse pubienne; cette dernière descendait très-bas. Le gonflement et la rigidité des parties molles rendirent l'introduction du doigt douloureuse; cependant ce dernier parvint au col utérin et reconnut qu'il était extrêmement aminci, avec une ouverture d'environ un pouce de diamètre; la poche des eaux fort arrondie et très-fluctuante ne me permit pas de constater à quelle espèce de présentation j'avais affaire. Comme il m'était facile de voir la malade à chaque instant, attendu qu'elle habitait mon village, je cessai toute exploration pour m'occuper de l'état général; le pouls étant plein, dur, fréquent, et la face animée, je fis une saignée de douze onces et plus tard la femme fut placée dans un bain.

Dans l'après-midi, j'introduis de nouveau le doigt: le col utérin et la poche des eaux sont dans le même état, quoique les douleurs soient devenues plus intenses en gagnant du côté de l'abdomen: en portant l'indicateur aussi haut que possible, je trouve l'angle sacro-vertébral très prononcé, et je juge que le diamètre sacro-pubien doit être fort court; la symphyse pubienne, descendant fort bas, me donnait aussi la certitude d'une grande diminution dans le diamètre coccy-pubien. Avec mes craintes sur les difficultés de l'accouchement, je renonçai pour le moment à percer la poche des eaux, et j'ordonnai un second bain général, des fomentations et des injections émollientes.

Le 20 au matin, les choses étant dans le même état, je prescrivis trente-six grains de seigle ergoté dans la vue d'activer les contractions utérines qui s'étaient un peu ralenties: après l'emploi du seigle ergoté, les contractions utérines devinrent en effet et plus fréquentes et plus vives, mais le travail n'avançant pas d'une ligne, je proposai de faire appeler un confrère: on voulut attendre au lendemain.

Dans la journée du 21, la malade, toujours en proie à des douleurs qui allaient néanmoins en s'affaiblissant, prit un troisième bain. La matrice très visiblement inclinée du côté droit me faisant craindre une présentation difficile au détroit supérieur, déjà très rétréci lui-même, je laissai intacte la poche des eaux dans le but de conserver le plus long-temps possible les jours de l'enfant et je réclamai de nouveau l'assistance d'un confrère.

Dans la matinée du 22, l'abdomen se ballonna un peu, la femme perdit considérablement de ses forces, et dès ce moment je vis que l'opération césarienne seule pouvait sauver l'enfant et peut-être la mère. Assisté du docteur Molinié de Limoux, je procédai à la mensuration du bassin, ce que je n'avais pu faire faute d'instruments. D'abord, à l'aide du compas d'épaisseur boutonné, nous obtînmes cinq pouces et demi, ce qui réduisait d'une manière fort douteuse le diamètre sacro-pubien à deux pouces et demi. L'intropelvimètre de madame Boivin donna d'une manière plus approximative, selon nous, deux pouces et trois lignes. L'état du bassin, l'obliquité très-prononcée de l'utérus qui nous faisait craindre une présentation de la face, la certitude complète d'extraire l'enfant vivant (depuis le commencement du travail, la femme n'avait cessé d'en percevoir de loin en loin les mouvements), la diminution des forces de la malade et un commencement de tympanite nous firent tomber d'accord sur la nécessité de l'opération. Je voulais la pratiquer à l'instant, mais mon confrère ayant été d'avis de la renvoyer au lendemain, je cédai à regret, d'autant que son départ me laissait dans l'impossibilité de procéder seul à une telle opération.

Le 23, la malade se trouvant plus mal, je fis en toute hâte appeler mon ami, le docteur Joly, de Limoux. Vers les trois heures de l'après midi, tout étant convenablement disposé, la malade se plaça pleine de courage sur le lit de douleur, ayant ressenti quelques moments avant les mouvements de l'enfant. L'utérus étant le plus possible ramené vers la ligne médiane, j'incisai de l'ombilic au pubis la peau et le tissu cellulaire. J'ouvris légèrement l'aponévrose vers sa partie inférieure, et à l'aide du bistouri boutonné, je la fendis de bas en haut jusqu'aux limites de la première incision. J'incisai de même le péritoine, et aussitôt s'écoula une assez grande quantité de sérosité. Plusieurs circonvolutions appartenant à l'intestin grêle se présentèrent; elles étaient visiblement distendues, et nous eûmes la plus grande peine pour les écarter et arriver sans danger à la matrice. Celle-ci, quoi qu'un aide la poussât fortement de droite à gauche, ne présenta qu'une partie de sa face antérieure; forcé d'inciser sur la partie latérale gauche, je le fis couche par couche, sans ouvrir de trop gros vaisseaux. Parvenu aux membranes du fœtus, j'achevai avec le bistouri boutonné une incision de près de six pouces: les membranes distendues par le liquide amniotique firent aussitôt hernie; je les divisai largement, et portant ma main dans la cavité utérine, je reconnus que l'enfant se présentait par la face, le front dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Je l'amenai avec la plus grande facilité, il était plein de vie et bien proportionné: le placenta, adhérent à la partie supérieure de l'utérus, fut extrait sans peine.

La matrice, débarrassée du produit de la conception, se contracta vivement au point de réunir les deux levres de la plaie. Une éponge trempée dans de l'eau froide et portée à plusieurs reprises sur les parties molles divisées arrêta presque toute hémorrhagie, qui, du reste, fut peu abondante et ne nécessita qu'une seule ligature. Après avoir convenablement épongé la plaie, je pratiquai la suture enchevillée; nous eûmes quelque

peine pour remettre en place les intestins, sans jamais avoir l'idée de faire cesser leur distension en les ponctionnant avec une aiguille. Cette inadvertance devint bien funeste. Des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et un bandage de corps complétèrent le pansement.

La malade qui, durant l'opération, n'avait laissé échapper aucune plainte, fut placée dans son lit ; malgré la réduction de la matrice, l'abdomen resta fort distendu ; ce phénomène, dont la cause était si simple, n'attira pas notre attention, tant elle était captivée par la crainte d'une péritonite imminente. Après une consultation, mon confrère partit pour Limoux, très-satisfait d'avoir pris part à une opération dont les résultats avaient dépassé notre attente. Pour moi, je fis prendre une potion calmante à la malade, et le soir je pratiquai une saignée préventive. La nuit fut bonne, la malade goûta un sommeil de deux heures, mais l'abdomen augmenta beaucoup de volume.

Dans la matinée du 24, ayant enfin dirigé mon attention sur l'abdomen ballonné, je reconnus une tympanite déjà fort avancée, et dès ce moment tous mes efforts tendirent à en arrêter la marche menaçante. Je me hâtai d'employer les seuls remèdes que j'avais à ma disposition. La malade prit plusieurs pilules préparées avec l'assafætida et la rhubarbe, puis un lavement avec l'assafætida. Dans l'après-midi, des vomissements ayant eu lieu, je cherchai à les arrêter avec la magnésie calcinée. Vers les six heures du soir, la respiration, qui depuis le matin était pénible, s'embarrassa beaucoup ; le ventre était énorme, le corps entier couvert d'une sueur froide, le pouls serré, fréquent ; je me décidai à pratiquer la ponction. Une portion d'intestin grêle se présentant à la partie inférieure de la plaie, ce fut sur elle que je portai un trois-quarts délié, une grande quantité de gaz s'échappa par la canule ; mes mains portées sur divers points de l'abdomen exercèrent une compression salutaire, mais la partie supérieure du ventre restant encore fort distendue, je résolus, attendu le danger pressant, de pratiquer une incision sur le point correspondant à l'union du colon ascendant avec le transverse. L'instrument avait à peine divisé l'épaisseur de la paroi abdominale que déjà l'intestin faisait hernie. Pour éviter l'affaissement qui devait suivre la ponction, je traversai l'intestin d'un fil ciré avec lequel je le tirai à moi, puis y plongeant le trois-quarts, je donnai issue à une quantité considérable de gaz : dans quelques secondes, toute distension eut cessé, et pour le coup je crus la madade hors d'affaire. Mais le remède était arrivé trop tard, la respiration resta toujours fort gênée, les sueurs continuèrent, le délire survint, et vers les onze heures de la nuit je quittai ma malade sans espoir de la revoir le lendemain et plein de regret de n'avoir pas plus tôt reconnu la tympanite et pratiqué la ponction. La femme Mérou mourut le 25, vers les trois heures du matin, trente-six heures après l'opération.

Nécropsie.—L'inhumation du cadavre devant, contre mon attente, avoir lieu avant l'expiration du delai fixé par la loi, j'eus à peine le temps de me rendre à la maison mortuaire pour extraire la matrice que je tenais à examiner : dans ce travail fait à la hâte, je remarquai, cependant, que la réunion immédiate était commencée sur tous les points de la plaie, qu'aucun épanchement sanguin n'avait eu lieu. La matrice, considérablement revenue sur elle-même, laissait à peine voir la trace de l'incision, sa cavité contenait peu de sang liquide et deux ou trois petits caillots. Après avoir enlevé l'utérus, je voulais mesurer les diamètres du bassin; mais, pressé d'en finir, je ne pus le faire qu'approximativement. Les quatre derniers doigts de la main droite rapprochés l'un de l'autre, et portés perpendiculairement dans l'excavation pelvienne, mesurèrent les diamètres antéro-postérieur, oblique et transverse ; cette opération donna environ deux pouces pour le diamètre sacro-pubien, trois pouces pour le diamètre transverse et deux pouces et demi pour le diamètre oblique.

Réflexions.—Cette observation me semble pouvoir donner lieu à des discussions qui ne seraient pas sans résultat pour la pratique.

1° Devait-on percer la poche des eaux ? 2° Devait-on sacrifier l'enfant à la mère ? 3° La double ponction était-elle indispensable ?

Avant d'avoir, avec M. Molinié, procédé à la mensuration du bassin et reconnu l'impossibilité de l'accouchement naturel, j'avais jugé utile de conserver la poche des eaux ; mes craintes sur les difficultés de l'accouchement m'en faisaient, je crois, un devoir. Que pouvais-je espérer en perçant la poche ? de voir les contractions utérines augmenter d'intensité?... mais elles étaient assez vives et je n'avais pas affaire à une inertie de la matrice ; en provoquant l'écoulement des eaux, je ne remédiais nullement aux difformités du bassin, cause du retard, et je compromettais en pure perte les jours de l'enfant.

D'un autre côté, en sacrifiant l'enfant et le tirant en quelque sorte par morceaux, j'entreprenais un travail difficile, long, douloureux, très propre à aggraver la situation de la mère et dont les résultats n'étaient rien moins qu'incertains. La saillie extraordinaire de la symphyse pubienne, le gonflement et la rigidité des parties molles ne me permirent jamais d'introduire la main dans le vagin ; il m'eût donc été impossible de faire manœuvrer les instruments nécessaires. L'opération césarienne me parut seule pouvoir sauver l'enfant et peut-être la mère. Mes deux confrères partagèrent mon opinion.

Quant à la ponction, je la regardai, dans un danger si pressant, comme le seul moyen capable de procurer quelque résultat avantageux.

Cependant je mérite deux reproches : le premier, de n'avoir pas opéré plus tôt ; le second, d'avoir méconnu la tympanite. Quant au retard, les médecins qui exercent dans les campagnes m'excuseront sans doute ; ils savent trop combien il est difficile de faire appeler un confrère et d'obtenir l'adhésion des parents quand il s'agit d'une opération grave : néanmoins je conviens que j'aurais dû opérer le 22, lorsque M. Molinié fut arrivé, mais que pouvais-je seul ? Je conviens aussi que nous aurions pu, avec M. Joly, reconnaître facilement la tympanite commençante et ponctionner avec des aiguilles les circonvolutions intestinales qui se présentèrent à la plaie, mais notre attention ne fut pas dirigée sur ce point, et plus tard, durant

les premières quinze heures qui suivirent l'opération, je fus uniquement préoccupé des dangers d'une péritonite qui n'éclata pas.

Si les intestins eussent d'abord été ponctionnés avec des aiguilles, ou que les deux ponctions pratiquées dans les derniers instants de la vie l'eussent été plus tôt, j'aurais certainement éloigné un grand danger et augmenté de beaucoup les chances de guérison.

Après avoir long-temps hésité sur le procédé opératoire à mettre en usage, je me décidai à inciser sur la ligne blanche, et j'eus lieu, ainsi que M. Joly, d'en être satisfait. Ce procédé est si simple que je suis surpris qu'on ait voulu lui en substituer d'autres. La suture enchevillée, aidée des bandelettes agglutinatives, me semble, en pareille circonstance, la plus utile de toutes.

Ayant pour la première fois l'occasion de distinguer une matrice récemment débarrassée du produit de la conception, j'ai cherché à reconnaître, autant qu'il m'a été possible, la structure si douteuse de cet organe. L'utérus, que j'ai disséqué, m'a paru un véritable muscle creux, mais composé de fibres assez courtes, fort résistantes, entrelacées dans tous les sens et parcourues par un grand nombre de vaisseaux. En le divisant par tranches, j'avais des surfaces assez comparables à celles qu'on obtient par la division des corps caverneux de la verge.

L'existence d'une muqueuse tapissant la cavité utérine et se continuant avec celle du vagin m'a semblé aussi un fait démontré; une macération de plusieurs jours avait détaché cette membrane du tissu auquel elle adhérait d'abord fortement et me l'a fait reconnaître avec les caractères propres aux muqueuses. L'enfant se porte très bien.

ESPEZEL, D.-M.

Espernza (Aude), novembre 1889.

II.—LITTÉRATURE MÉDICALE.

Du traitement moral de la folie, par F. Leuret, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre.

L'examen approfondi des moyens thérapeuthiques employés jusqu'à nos jours par les médecins chargés du service des aliénés, l'étude sérieuse et raisonnée des maladies mentales, les résultats variés et innombrables offerts par l'anatomie pathologique qui souvent aussi reste muette, ont amené M. Leuret à penser que la folie devait être attaquée par des remèdes d'une nature différente de ceux qui sont journellement mis en usage, et qu'il fallait recourir à de tous autres agents qu'à des sangsues, des vésicatoires, des moxas, etc. Hâtons-nous de donner du jour à notre pensée. Parmi les aliénés, les uns ont seulement un dérangement de la raison, les autres ont en outre une lésion physique et présentent des symptômes qui tombent sous les sens, comme sont la paralysie, l'apathie, l'agitation, la loquacité, la fièvre, etc., etc.; contre ces symptômes, l'emploi de certains remèdes, toujours indiqués, est quelquefois efficace ; M. Leuret se garde bien de les négliger ; dans les simples dérangements de la raison, au contraire, dans les cas où la folie existe seule sans complication, le traitement employé précédemment échouera souvent. Fort de ses nombreuses observations et de raisonnements sévères, M. Leuret a pensé qu'en cette circonstance le traitement moral devait seul convenir : nous verrons plus tard s'il a rencontré la vérité.

L'ouvrage du docteur Leuret peut être facilement divisé en deux parties bien distinctes l'une de l'autre ; la première qui est toute de discussion et de critique; la seconde, au contraire, qui est éminemment pratique. Un mot sur chacune d'elles.

Dans la première partie de son œuvre, M. Leuret examine tour à tour les diverses altérations qui ont été admises par les auteurs comme causes immédiates du dérangement des facultés intellectuelles et morales ; et, après avoir compulsé les observations recueillies par ces praticiens, et opposé les remarques de l'un aux remarques de l'autre, il arrive à prouver que le degré d'épaisseur des os du crâne, les lésions des méninges, l'injection sanguine, l'hypertrophie, l'atrophie, l'œdème du cerveau, etc., ne sont pas, tant s'en faut, des lésions constantes, et qu'on n'en peut rien conclure, si ce n'est 1° que l'on a accumulé sans aucun esprit de critique toutes les altérations rencontrées ou que l'on a cru rencontrer dans le cerveau des individus morts après avoir été atteints d'aliénation mentale ; 2° que l'on a attribué le désordre de l'intelligence et des passions à ces altérations réelles ou supposées ; 3° que l'on a négligé de tenir compte des altérations compatibles avec l'intégrité de l'intelligence ; 4° que, en ce qui concerne les altérations propres aux aliénés, on n'a pas fait la part des symptômes physiques et celle des symptômes psychiques.

Ces faits une fois établis, une fois constatés, M. Leuret démontre que le traitement moral mis en usage par la généralité des médecins n'est considéré par eux que comme un auxiliaire du traitement physique : les uns, en effet, ont simplement recours au raisonnement, d'autres à la persuasion, quelques uns à la crainte, etc. Pinel et Esquirol, deux hommes d'un talent éminent, avaient bien entrevu que le traitement physique ne pouvait pas suffire dans un service d'aliénés; aussi sont-ils les premiers qui, dans les temps modernes, aient un peu remis le traitement moral en honneur, mais ils l'ont cependant encore l'un et l'autre employé avec trop de restriction. Quant à Pinel c'est à lui

qu'on est surtout redevable de l'amélioration qui a été introduite dans le traitement des aliénés, c'est lui qui le premier fit tomber leurs chaînes, et certes ce n'est pas là son moindre titre de gloire! M. Calmeil, qui aurait eu en M. Esquirol un maître à suivre et à imiter, regarde cependant l'emploi du traitement moral comme un pas rétrograde. MM. Falret et Voisin ne veulent pas qu'on agisse sur l'intelligence des aliénés, mais seulement sur leurs passions. M. Foville recommande le traitement moral, principalement pour les convalescents; M. Ferrus le rejette, etc., etc. Nous ne pouvons entrer dans de plus grands détails à ce sujet; disons seulement que M. Leuret y a développé un grand talent de critique, et que, malgré le triomphe de ses raisonnements sur ceux de ses adversaires, il a toujours conservé une dignité et une urbanité que tout le monde devrait imiter.

Nous voici actuellement arrivés à la partie la plus importante du livre de M. Leuret : examinons d'abord ce qu'il entend par traitement moral. Pour lui, le traitement moral de la folie consiste dans l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés, et non pas, comme on l'a dit et écrit, à tout brusquer, à s'en prendre violemment aux sentiments et aux passions, à infliger aux malades des rigueurs corporelles, etc. Pour nous qui avons long-temps suivi la visite de M. Leuret, qui avons souvent assisté à l'application de son traitement, qui l'avons employé nous-même, nous ne pouvons entendre sans nous émouvoir les calomnies qui ont été débitées sur ce médecin consciencieux, et il est de notre devoir ici de repousser les attaques malveillantes dirigées contre lui.

Les moyens mis en usage par M. Leuret sont nombreux ; les principaux sont : le travail des champs, les occupations manuelles les plus variées ; de plus, ce médecin a fait instituer pour ses malades une école dans laquelle on enseigne l'écriture, la lecture, l'orthographe, le calcul, la géographie, etc. Il a également obtenu du conseil un maître de musique et tous les jours les aliénés répètent les morceaux de chant qu'on leur a appris : enfin, comme dernière ressource, il a recours aux affusions froides, à la douche ou plutôt à la peur de la douche. Il est, on le pense bien, impossible de faire l'énumération de toutes les ressources d'un pareil traitement ; souvent M. Leuret s'abandonne à l'inspiration du moment pour attaquer les idées de son malade. Nous l'avons vu, une fois entre autres, près d'un jeune homme faisant le mort, lui enjoindre de se lever et d'aller prendre un bain ; le malade se garda bien de bouger; M. Leuret commanda alors à un infirmier d'apporter un bouchon de paille et un sceau d'eau fraîche, ajoutant que c'était un excellent moyen de ressusciter les morts (c'était au mois d'août 1840) ; à peine le malade avait-il senti le bouchon de paille lui parcourir les membres qu'il se décida à parler et à aller prendre un bain.

Un point qu'il ne faut pas oublier en parlant de M. Leuret et de son traitement, c'est de constater la docilité et la tranquillité de la plupart de ses malades : depuis que ce traitement est institué et mis en vigueur dans sa section, les aliénés sont rarement agités, et c'est à peine si, en se promenant au milieu d'eux, on se croirait entouré de malheureux privés de leur raison. Ceux dont on a le plus à se louer, et qui ont rempli leur tâche avec empressement et bon vouloir, en sont récompensés en dînant au réfectoire. Une vingtaine de tables, composées de dix malades chacune, ont été disposées à cet effet dans des endroits spacieux, et chacune des tables est présidée par l'un d'eux, le plus raisonnable ordinairement; il sert ses commensaux, veille à ce qu'ils ne manquent de rien, à ce qu'ils ne mangent pas gloutonnement, etc. Tout s'y passe très convenablement : chacun de ces infortunés a à sa disposition une assiette en faïence, une fourchette et même un couteau. On n'a jamais eu à déplorer le moindre accident.

Après être entré dans des détails du plus haut intérêt sur les principaux moyens mis en usage par lui, M. Leuret passe aux observations particulières; il rapporte des exemples de l'application du traitement moral chez des aliénés qui ne présentaient aucune altération de la santé physique et dont quelques-uns avaient perdu la raison depuis plusieurs années et avaient même été jugés incurables. Les malades dont il a retracé l'histoire étaient :

1° Des hallucinés ;

2° Des individus déraisonnant par suite d'hallucinations qu'ils avaient éprouvées auparavant;

3° Des lypémaniaques, avec ou sans hallucinations;

4° De simples particuliers voulant épouser des princesses ;

5° Des civilisateurs du monde;

6° Des porteurs de titres et de dignités imaginaires.

Nous regrettons bien vivement de ne pouvoir citer quelques observations, ce serait sans doute la meilleure manière de montrer comment M. Leuret emploie son traitement, avec quelle énergie il le dirige, avec quelle patience il le poursuit ; mais les exigences d'une analyse succincte nous empêchent de nous livrer au désir que nous éprouvons.

Nous dirons seulement, en terminant, que ce traitement exige, de la part de celui qui l'entreprend, un jugement droit, une volonté ferme, une énergie incroyable, un tact exquis, un dévouement sans bornes, beaucoup de patience et de bonté, une grande perte de temps (M. Leuret passe à peu près trois heures à sa visite tous les jours). Si jusqu'ici l'on a si peu prisé cette méthode, si même

on l'a tant décriée, c'est que ceux qui s'en sont déclarés les adversaires ne se sentaient pas les qualités nécessaires pour marcher sur les traces du médecin de Bicêtre.

A. Millet.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par P. Cazeaux, D. M. P.

Cet ouvrage est l'exposé des leçons que l'auteur fait à Paris depuis cinq ans. M. Cazeaux admet presque complètement les idées des professeurs Nœgèle, Dubois et Stoltz. Il annonce qu'il donnera comme vraies toutes les opinions qu'a confirmées son expérience journalière, qu'il rejette sans hésitation toutes celles qui ont été démenties par les faits nombreux soumis à son observation, et enfin, qu'il se borne à citer, sans les juger, celles dont il n'a pu constater la valeur. L'auteur ajoute heureusement, comme correctif à cette profession de foi, qu'il a souvent été dirigé dans ses appréciations par les leçons et les conseils de M. Dubois, dont il a été le chef de clinique. M. Cazeaux remplit donc, jusqu'à un certain point, la tâche du professeur de la Faculté de Paris.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première dit en anatomie ce que tout le monde dit; c'est une formalité obligée.

La seconde est consacrée à la génération. Elle se divise en quatre titres : conception, gestation, œuf humain et pathologie de la grossesse.

M. Cazeaux attribue l'abaissement de la matrice, dans les quinze derniers jours de la grossesse, à la dépression que lui fait éprouver la tête du fœtus qui, obéissant à son propre poids, a déprimé, poussé devant elle la paroi utérine, et s'est engagée dans l'excavation du bassin. Cette circonstance peut être remarquée toutes les fois que le sommet se présente régulièrement.

Le bruit de souffle utérin, qui a tant occupé les accoucheurs dans ces derniers temps, paraît enfin avoir reçu une explication satisfaisante de M. de La Harpe de Lausanne; il l'attribue à la multiplicité des vaisseaux réunis sur un même point, multiplicité qui, centuplant peut-être les courants, centuple aussi les bruits.

Le chapitre des annexes du fœtus est en grande partie extrait des travaux de M. Velpeau, relativement à la nutrition de l'embryon. M. Cazeaux pense, avec la plupart des auteurs, que cette fonction s'opère aux dépens de l'eau de l'amnios; mais il ne croit pas que l'appareil vasculaire du placenta serve en rien à la nutrition du fœtus.

Lorsque les vomissements des femmes enceintes résistent aux boissons glacées et aux anti-spasmodiques, les narcotiques réussissent souvent très-bien, suivant l'auteur. Il rejette avec raison les sangsues à l'épigastre, même dans les cas de douleur. Contre la pléthore qui s'accompagne de douleurs abdominales, il recommande comme une méthode vraiment héroïque la pratique anglaise introduite en France par M. Paul Dubois, et qui consiste à administrer en lavement de l'opium à haute dose (jusqu'à deux cents gouttes en vingt-quatre heures). Le même moyen lui paraît aussi très-efficace pour arrêter un travail d'avortement déjà commencé et pour permettre à la grossesse de continuer son cours. Le laudanum de Sydenham se donne à la dose de 20, 40 et même 60 gouttes dans de petits quarts de lavement à une heure d'intervalle, jusqu'à cessation des contractions.

La troisième partie traite de l'accouchement en général. Elle se divise en deux titres, de l'accouchement prématuré et de l'accouchement tardif, de l'accouchement naturel et à terme. Le premier occupe à peine quelques pages.

On sait combien le nombre des présentations du fœtus a été démesurément multiplié; car on regardait comme une présentation particulière tout point de la surface de l'enfant sur lequel le doigt pouvait tomber. Aut. Dubois, MM. Nœgèle, Stoltz et Paul Dubois en ont fait une classification moins désespérante pour l'étudiant, quant au nombre des espèces. Toutefois, celui-ci serait encore à plaindre, s'il lui fallait connaître les classifications que chaque auteur livre au public comme meilleures et plus simples que les précédentes. Les présentations admises par M. Cazeaux sont au nombre de cinq genres offrant les surfaces suivantes : sommet, face, siége, plan latéral droit et plan latéral gauche.

La présentation du sommet se divise en deux espèces : occipito-iliaque gauche et occipito-iliaque droite; et en trois variétés qui se retrouvent, du reste, pour toutes les espèces des quatre autres genres. Celle de la face est divisée en mento-iliaques droite et gauche; celle du siége en sacro-iliaque gauche et en sacro-iliaque droite. Les deux genres de présentation du tronc présentent aussi chacune deux espèces, la céphalo-iliaque gauche et la céphalo-iliaque droite. L'auteur admet les idées de M. Velpeau sur le mécanisme de la version et de l'évolution spontanées; mais il a soin de prévenir son lecteur de ne pas compter sur des efforts de la nature, qui, dans ce mode de présentation, ne sont que des cas tout-à-fait exceptionnels. L'art doit intervenir dès le début de ce travail, long et pénible pour la mère, et presque toujours funeste à l'enfant.

Nous ne voyons rien de particulier dans le chapitre des soins à donner à la mère et à l'enfant. L'article consacré au seigle ergoté nous paraît trop court eu égard aux détails d'histoire naturelle que l'auteur y a mis et qui auraient été avantageusement remplacés par plus de précision sur l'oppor-

tunité et les contre-indications de cet agent, quelquefois utile, d'autres fois aussi dangereux pour le fœtus.

La quatrième partie traite des accouchements laborieux. Elle se divise en deux sections; la première sur les causes de la dystocie, la seconde sur les opérations obstétricales. L'anatomie pathologique des vices de conformation du bassin est empruntée à M. Velpeau et à la monographie de Nœgèle sur cette matière. Nous en avons rendu compte il y a quelques mois. Les considérations sur les indications que présentent les vices de conformation du bassin sont le résumé de la thèse de concours de M. Paul Dubois.

La longue et importante question des hémorrhagies puerpérales est résumée dans l'ouvrage de M. Cazeaux dans un petit tableau, le même que M. Dubois a fait distribuer aux élèves qui suivaient sa clinique.

Un chapitre particulier est consacré à la description d'une maladie à peine connue en France, alors qu'elle était depuis long-temps connue en Allemagne; c'est le rhumatisme de l'utérus. M. Dezeimeris est le premier qui ait publié en France les travaux des Allemands sur ce sujet; il le faisait en bibliographe, tandis que M. Stoltz étudiait cette affection pratiquement à la clinique de Strasbourg. Un de ses élèves, M. le docteur Salathé, en a fait tout récemment le sujet d'une thèse. Le caractère le plus tranché du rhumatisme utérin est la douleur, une douleur mobile comme toutes celles de cette nature, avec des rémittences. La maladie prend souvent un caractère inflammatoire et aigu, et les sueurs en sont la crise la plus ordinaire et la plus favorable. Les douleurs rhumatismales utérines peuvent simuler le travail de la parturition; mais, très-violentes et très-répétées, elles peuvent aussi amener un accouchement prématuré. Survenues, au contraire, pendant le travail, elles en ralentissent ordinairement la marche. Les caractères spéciaux du rhumatisme sont de causer des contractions qui débutent au col de prime abord, des douleurs qui, au lieu de débuter par le fond, commencent par le point douloureux et ne se propagent pas régulièrement par le col. Ce sont les contractions occasionnées par les fausses douleurs qui entravent la marche des contractions véritablement puerpérales, et d'ailleurs la femme évite tout ce qui peut favoriser ces dernières, dans la crainte d'augmenter les souffrances. Après l'accouchement, le rhumatisme éloigne aussi le rétablissement complet de la santé. On ne l'a jamais vu causer la mort de la mère; mais il peut être défavorable au fœtus en le faisant expulser avant terme, d'autres fois en nécessitant l'accouchement artificiel, et à toutes les périodes, en causant des erreurs de diagnostic. Les moyens thérapeutiques conseillés par les médecins allemands sont à peu près ceux du rhumatisme en général; s'ils échouent pendant le travail et que la dilatation du col permette à l'art d'intervenir, on doit avoir recours au forceps ou à la version.

Relativement à ce qui concerne cette dernière opération, M. Cazeaux fait à la version céphalique une part beaucoup plus large que celle qui lui a été accordée par la plupart des accoucheurs français. On ne peut qu'approuver la raison qu'il en donne, savoir, que *laisser-faire* est autant que possible la conduite que doit tenir l'accoucheur.

L'auteur parle de la paralysie de la face qui succède souvent, chez les nouveau-nés, à une application du forceps. M. Landouzi et M. Dubois avaient les premiers signalé ce résultat, dont la durée plus ou moins longue a toujours offert une terminaison heureuse.

Il ne faut pas demander si M. Cazeaux se range parmi les partisans de l'accouchement prématuré artificiel. Cette opération, depuis long-temps en faveur en Angleterre et en Allemagne, et si absolument repoussée par Baudelocque, Gardien et M. Capuron, compte à la tête de ses défenseurs MM. Stoltz, Dezeimeris, P. Dubois et Velpeau. M. Stoltz offre lui-même aux timorés qui ne sont pas tout-à-fait incrédules un résultat statistique vraiment encourageant : sur deux cent onze cas recueillis par lui en 1838, plus de la moitié des enfants ont vécu, et une femme sur quinze à peine a succombé.

La cinquième et dernière partie traite de la délivrance tant naturelle qu'artificielle.

L'ouvrage de M. Cazeaux se compose de plus de huit cents pages, et on peut le regarder comme un des plus détaillés et des plus complets sur les matières qu'il aborde. Les planches qu'il y a ajoutées ont principalement pour but de faciliter l'étude des positions et les applications de la version et du forceps.

Sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme; par Florent Cunier, docteur-médecin.

Ce mémoire, que Guy-Patin eût appelé le *rabat-joie* de la myotomie, se compose de deux parties, dont la première, insérée dans la livraison du 15 juin 1840 des *Annales d'Oculistique*, n'est guère que l'introduction de la seconde, écrite en septembre, et qui forme le corps du travail.

Le but principal que s'y propose l'auteur est de tracer les indications et les contre-indications de la section des muscles de l'œil. Il est une proposition surtout dont la vérité lui a été confirmée par des revers nombreux, et qu'il impose comme un frein aux myotomistes; c'est celle-ci : *Le seul strabisme qui puisse être opéré avec succès est celui qui est permanent et qui reconnaît pour cause l'excès d'action ou le manque de longueur du muscle dans la direction duquel existe la déviation.*

M. Cunier abandonne ses prétentions à la priorité de la mise en pratique sur le vivant du procédé proposé par M. Stromeyer; mais il réclame l'antériorité sur M. Dieffenbach, et surtout d'avoir le premier appelé le doute sur les assertions du professeur de Berlin. C'est à M. Jules Guérin, du reste, que l'auteur rapporte la première idée de la section des muscles droits de l'œil, qu'il indiquait de faire par la méthode sous-conjonctivale. On était en 1837; mais M. Guérin, malheureusement pour lui, n'a fait que parler, et d'autres se sont chargés de la responsabilité de l'idée-mère, la section des muscles.

En 1838, M. le professeur Stromeyer écrivait, dans ses *Beitrage zur operative orthopaedie*, que des essais tentés sur le cadavre le portaient à recommander le procédé opératoire suivant contre le strabisme de nature spasmodique. Suivait la description d'un procédé excessivement simple et facile sur le cadavre, mais qui ne parut pas tel à M. Cunier, lorsqu'il pratiqua pour la première fois la myotomie, en octobre 1839.

La première opération de M. Dieffenbach est de décembre 1839. Ce chirurgien paraît n'avoir d'abord obtenu que des succès; au moins ne cite-t-il que cela. Les médecins anglais sont les premiers qui en aient signalé. M. Cunier fait aussi connaître les siens.

Une règle qu'il pose et qui est également appuyée par M. Rognetta, c'est qu'il faut n'opérer les enfants qu'avec une excessive circonspection; car le strabisme se dissipe souvent par les seuls progrès de l'âge, et il est des cas dans lesquels la déviation axuelle de l'œil change de direction.

Les guérisons bien incontestables procurées par la myotomie ont renversé toutes les théories reçues jusqu'à présent sur le strabisme, et cette anomalie va exiger de nouvelles études étiologiques. M. Rognetta rapporte à quatre chefs les causes du strabisme: 1° inégalité congénitale ou accidentelle dans la force des deux rétines; 2° inégalité de la force des muscles de l'œil; 3° déviation mécanique de l'axe visuel; 4° habitude vicieuse et imitation. M. Cunier partage les mêmes idées.

L'inégalité congénitale dans la force des deux rétines n'affecte jamais qu'un seul œil. Elle est très-rare dans les campagnes, très-commune, au contraire, chez les classes opulentes des villes qui élèvent leurs enfants dans des cabinets sombres, et les exercent, en outre, à des ouvrages très-fins. Pour s'épargner la confusion des objets, quelquefois même la diplopie, ils ne se servent le plus souvent que d'un seul œil, tandis que celui qu'ils laissent en repos s'affaiblit, se dévie, et la contorsion devient permanente.

Le traitement de cette sorte de strabisme doit consister principalement dans l'exercice et dans l'emploi bien approprié de verres plano-convexes ou plano-concaves.

On voit aussi la presbyopie devenir cause de strabisme par le même exercice abusif d'un seul œil.

L'auteur fait, en outre, remarquer que la plupart des louches de la classe pauvre des villes ont été atteints dans leur bas-âge d'ophthalmies scrofuleuses.

L'inégalité dans la force des muscles de l'œil est due au défaut de longueur congénitale d'un ou de plusieurs muscles. Ce sont ces cas de strabisme qui réclament la myotomie, mais encore après qu'on aura épuisé tous les moyens orthophthalmiques, surtout chez les enfants. Ces moyens sont le bandeau et l'emploi des lunettes de Rossi, lesquelles sont ici décrites et figurées. Il ne voit d'indication à pratiquer la myotomie que dans les rétractions musculaires anciennes et actives, ayant déjà amené une diminution notable de la faculté de voir dans l'œil louche.

M. Crommelinck a signalé comme une contre-indication, dans le strabisme interne, la paralysie du droit externe; il a vu, dit-il, un médecin de Gand opérer sans succès un malade louchant en dedans, et dont le droit externe était paralysé; M. Blasius disait avoir vu un chirurgien justement célèbre de Paris commettre en sa présence la même faute. L'auteur ajoute qu'il pourrait, pour sa part, signaler une vingtaine de pareilles bévues.

Le strabisme par déviation mécanique de l'axe visuel veut être traité d'après le principe: *sublata causa, tollitur effectus*. Ces causes qu'il suffit, en effet, souvent de faire disparaître sont, un orbitocèle, une tache centrale de la cornée, une cataracte, etc.

Le strabisme par habitude vicieuse et imitation s'est toujours développé dans l'enfance. On réussit, dans les cas récents, par l'exercice orthophthalmique: la myotomie n'est point indiquée. Un long paragraphe est consacré à l'opération en elle-même et à la myriade d'instruments qu'elle a fait éclore. Une planche mise à la fin de l'ouvrage donne la figure de ceux dont se sert M. Cunier. Il avait pensé, *à priori*, que la section sous-conjonctivale devait avoir des avantages; mais il l'a trouvée d'une exécution très-difficile et tout au plus applicable au muscle droit externe. Il indique ensuite les divers moyens qu'il ne faut pas négliger d'employer après l'opération.

Revue des journaux étrangers.

Emploi de la pipérine contre la fièvre intermittente.

Dans les cas où le sulfate de quinine ne réussit point à prévenir le retour des accès, M. Robert Hartle emploie avec succès la pipérine, même lorsqu'il existe des engorgements du foie et de la rate. Il administre ce médicament, dès que la troisième stade s'établit, à la dose de trois grains (15 centig.) par heure, qu'il répète jusqu'à ce que le malade ait pris dix-huit grains (un gramme environ). Le lendemain, dans l'apyrexie, il le prescrit à la même dose toutes les trois heures. Le retour des symptômes fébriles ne tarde pas à être prévenu; alors M. Hartle conseille les pilules ci-après :

Prenez : Pilules mercurielles 1 grain 5 cent.
Pipérine 2 grains 10 cent.
Sulfate de q. 2 grains 10 cent.

Faites une pilule à prendre le matin, à midi et le soir.

M. Hartle rapporte plusieurs cas dans lesquels cette méthode a été couronnée d'un plein succès. Entre autres observations, il cite celle d'une dame sujette à la fièvre tierce depuis plusieurs années. Cette fièvre présentait habituellement de grandes irrégularités. Le 17 avril 1837, en prenant un bain froid, la malade fut saisie d'un violent frisson, accompagné de symptômes analogues à ceux de la période algide du choléra. A quatre heures du soir, neuf heures après le début du frisson, aucun signe de réaction ne se manifestait malgré l'emploi des excitants, soit à l'intérieur soit à l'extérieur. M. Hartle prescrivit alors cinq grains de piperine associés au vin de Champagne et à l'acétate d'ammoniaque. A six heures, la réaction commença; l'usage des stimulants fut aussitôt suspendu. Les deux derniers stades de l'accès parcoururent leurs phases d'une manière régulière, et avec une intensité proportionnée à celle du premier stade. La fièvre ne reparut pas.

(*Edinburgh med. and surg. Journal.*)

De l'action thérapeutique de l'huile de croton tiglium contre certaines affections nerveuses.

M. Newbigging a été conduit par le souvenir de quelques cas observés à la Charité, dans le service de M. Lherminier, et par les éloges que M. Andral a donnés à l'huile de croton tiglium, à employer cet agent pharmaceutique contre diverses affections nerveuses. Le premier malade dont il rapporte l'histoire était un enfant de cinq ans, épileptique depuis deux ans. Dans le principe les accès n'avaient eu lieu qu'à un intervalle de trois ou quatre semaines; au moment où M. Newbigging fut appelé, ils se reproduisaient deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Chaque accès était suivi d'un trouble intellectuel très-marqué. Diverses préparations où dominait l'aloës furent administrées et produisirent des évacuations très-abondantes; mais la maladie convulsive, loin de s'amender, fit des progrès plus rapides. On prescrivit alors une goutte de croton tiglium. Les évacuations alvines furent copieuses, et l'épilepsie ne reparut pas. Une année entière s'est écoulée depuis lors. L'enfant a repris sa vivacité, son intelligence est parfaite et il ne diffère, sous aucun rapport, des enfants de son âge. Le même succès a été obtenu avec une égale promptitude chez une femme qui n'avait eu encore que trois accès d'épilepsie, chez une autre femme tourmentée depuis deux ans par une sciatique devant laquelle tous les moyens avaient échoué; chez un homme qui, depuis plusieurs mois, éprouvait à la partie antérieure et inférieure de la jambe, des douleurs tellement vives qu'elles avaient été attribuées à une maladie du périoste; enfin, chez un enfant affecté de faux croup (laryngismus stridulus). Ce dernier eut beaucoup à souffrir de l'action trop énergique de l'huile de croton. M. Newbigging pense qu'il aurait pu prévenir les accidents par l'emploie simultané des toniques qu'il se promet de ne pas négliger à l'avenir. Il serait presque tenté de regarder l'huile de croton tiglium comme un véritable spécifique dans certaines névralgies; quand à l'épilepsie il avoue qu'elle ne cède à cet agent que lorsqu'elle dépend de quelque irrégularité dans la circulation cérébrale, et nullement lorsqu'elle reconnaît pour cause, ce qui par malheur a lieu le plus fréquemment, une altération organique de l'encéphale ou de ses membranes.

(*Ibid.*)

Scarlatine, gangrène de l'artère carotide, hémorrhagie mortelle.

M. Mill, chirurgien à Kirriemuir, rapporte deux observations de scarlatine chez des enfants âgés, l'un de trois ans, l'autre de sept. La maladie avait été complètement négligée dans la première période, et l'on n'eut recours au médecin, que lorsque les symptômes devinrent alarmants. Chez le premier sujet, un abcès considérable, situé dans le voisinage des glandes sous-maxillaires, fut ouvert avec le bistouri. Six jours après la

suppuration commençait à tarir et les forces s'étaient un peu relevées, lorsque tout à coup une chopine environ de sang artériel fût rejetée par la bouche ou s'écoula par l'émission pratiquée au cou. La mort suivit instantanément. Chez le second sujet les glandes du col étaient à peine tuméfiées, et aucune collection purulente ne s'était formée. Néanmoins, après quelques heures de pâleur, d'anxiété, de refroidissement, et enfin de décomposition des traits, une hémorrhagie abondante et mortelle eut lieu par la bouche. Ni l'un ni l'autre enfant ne purent être examinés après la mort. M. Mill pense que l'inflammation de la muqueuse pharyngienne, aggravée par le défaut du traitement, s'est étendue jusqu'aux parois de la carotide et s'est terminée par gangrène. Il insiste, pour rendre son expérience plus plausible, sur l'existence des symptômes qui accompagnent ordinairement la gangrène, sur l'apparence décidément artérielle du sang rejeté, et sur la soudaineté de la rapidité de l'hémorrhagie, lesquelles, suivant lui, ne peuvent s'expliquer que par la rupture instantanée d'un vaisseau considérable.

(*Edinburgh med. and surg. Journal.*)

Congrès scientifique de Turin; — Régénération des tissus; — Action du seigle ergoté; — Tœnia; — Succédané du cathétérisme; — Signe pathognomonique de la mort causée par la foudre;—Vomissement de lézards; — Acide oxalique contre les inflammations des membranes muqueuses; — Sciatique; — Hydrocèle; — Bandages; — Nævi materni; — Fistules salivaires.

Un congrès scientifique a eu lieu à Turin au mois de septembre dernier; plusieurs questions médicales ont été débattues dans cette réunion; nous dirons quelques mots des plus intéressantes. Le professeur Linoli, s'appuyant sur diverses expériences auxquelles il a soumis des animaux vivants, combat l'opinion reçue de la reproduction des vaisseaux, des nerfs et des os par l'inflammation; il est lui-même vivement combattu par les autres membres de l'assemblée, et notamment par Tommasini.—Le docteur Parola lit cinq observations de bronchite chronique et de phthisie tuberculeuse, guéries par l'emploi du seigle ergoté, secondé par la méthode antiphlogistique; le docteur Chiappa rappelle les nombreuses expériences qu'il a faites pendant quatre ans sur l'efficacité de cette substance, à laquelle il attribue une action contro-stimulante, analogue, suivant lui, à celle de la digitale, quoique n'exerçant pas la même action sur les mouvements du cœur. Le docteur Alliprendi paraît porté à croire que le seigle ergoté agit plutôt comme stimulant direct; et le docteur de Michelis lui suppose une action élective sur la contractilité des canaux fibro-membraneux du système capillaire sanguin. Tommasini, Garibaldi, Corneliani et Franceschi soutiennent l'opinion du docteur Chiappa; M. Franceschi se fonde principalement sur les raisons suivantes :

1° Le seigle ergoté est surtout utile dans les cas d'hyposthénie, et il produit lui-même, bien qu'administré à petites doses, des symptômes d'empoisonnement hyposthénique qui cèdent aux seuls excitants;

2° Administré seul dans des maladies qui proviennent évidemment d'un excès de stimulus, il agit comme la saignée;

3° Associé à la saignée et aux autres contro-stimulants, il n'en détruit pas et même n'en atténue pas l'effet;

4° De prime abord, il détermine une secousse, une perturbation du système nerveux; toutefois cette propriété lui est commune avec plusieurs agents de l'une et de l'autre classe.

—Le docteur Marianini rapporte trois cas de tœnia, traités avec succès par l'usage de l'extrait alcoolique d'écorce de la racine de grenadier sauvage.

—M. Massaro parle de la compression de la vessie par quatre mains comme pouvant, dans certains cas, dispenser du cathétérisme; ce moyen nous paraît d'autant plus singulier que tout récemment, ayant trouvé la vessie d'un cadavre de femme distendue par l'urine, nous n'avons pu la vider par la pression la plus vigoureuse exercée sur les parois même de l'organe; pourtant l'introduction d'une sonde a été on ne peut plus facile, et l'inspection la plus minutieuse ne nous a fait découvrir aucun obstacle mécanique à la sortie des urines.

—Le docteur Cessari avance que tous les individus qui périssent frappés par la foudre présentent une tache livide, obscure, dans l'œil, *précisément* dans le segment du bulbe que les deux paupières laissent découvert entre elles. L'existence et le lieu d'élection de cette tache nous paraissent avoir besoin d'être mieux précisés; néanmoins le fait vaut vérification, et peut acquérir une certaine importance en médecine légale.

—Nous passons sous silence les lézards du docteur Cantic, de Carignano, qui avaient *fait leur nid* dans l'estomac d'une dame Malacarne d'Avigliano, et qui furent rejetés tout vivants avec leur nombreuse famille. M. de Rolandis prouve d'ailleurs très-sérieusement à son confrère qu'il a été dupe de quelque mystification.

—Le docteur Nardo expose les avantages de l'emploi de l'acide oxalique contre les phlogoses des membranes muqueuses. L'action antiphlogistique de cet acide est plus marquée que celle de tous les autres acides végétaux, et il a de plus qu'eux la propriété de calmer à l'instant les vives douleurs qui accompagnent fréquemment l'inflammation du tissu muqueux; M. Nardo s'en est servi avec succès, principalement dans les affections, soit aiguës, soit chroniques, confondues sous la dénomination générique d'angines, dans

les inflammations diverses de la bouche, tant accidentelles que liées à une dyscrasie particulière, dans les gastrites et gastro-entérites dans les cas d'aphthes chez les nouveau-nés, et les ulcères de toute espèce. La formule qu'il adopte de préférence est la suivante :

Solution de g. arab.	3 onces	94 gram.
Acide oxalique,	3 à 6 gr.	15 à 30 cent.
Sirop de groseille,	1 once	32 gram.

A prendre lentement, par cuillerées à bouche, à de courts intervalles ; quelquefois il y ajoute un peu d'eau de menthe poivrée, dont la prompte évaporation produit une sensation agréable de fraîcheur. Il substitue le tannin à l'eau de menthe dans les cas d'ulcères sordides et rebelles.

—Le docteur Polli vante l'efficacité de la renoncule bulbeuse contre la sciatique ; il pile le bulbe et l'applique autour du talon ; de cette application résulte une vésication qui ne tarde pas à devenir insupportable ; alors on donne issue à la sérosité accumulée sous l'épiderme soulevé. M. Nardo fait l'éloge de cette méthode, et M. Freschi assure qu'elle est suivie depuis plusieurs années avec succès dans l'hôpital de Crémone.

—Le docteur Cherardi fait connaître un nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle, lequel consiste à vider complètement la tunique vaginale, puis à introduire par la canule du trocart, et à mettre en contact, avec la tunique et le testicule, un peu de coton imprégné d'ammoniaque, qu'on laisse jusqu'à ce que la douleur devienne intolérable, ce qui arrive généralement au bout de dix, vingt ou trente minutes. L'inflammation adhésive ne tarde pas à se manifester, et le but désiré est promptement atteint.

—M. Mayor montre un morceau de toile carré, divisé en deux triangles par une section diagonale, qui sert à toute espèce de bandage, quelle que soit la partie affectée et la nature du mal. Il présente aussi un bâton divisé en deux parties (*spartito in due*) et dentelé à ses deux extrémités, lequel se transforme à volonté en levier du premier ou du deuxième genre, et rend extrêmement facile la réduction des luxations. Comme il arrive souvent à M. Mayor de se répéter lui-même, et quelquefois de répéter les autres, nous ne prendrons pas sur nous d'affirmer que ces deux inventions réunissent à leur mérite intrinsèque celui de la nouveauté.

—Le docteur Riberi assure avoir guéri plusieurs tumeurs érectiles, ou *nævi materni*, en en traversant la base avec une aiguille, et en y injectant du vin. Il décrit ensuite une méthode de traitement pour la guérison des fistules du canal de Sténon, laquelle consiste à inciser la joue dans toute son épaisseur, en évitant d'intéresser le masseter, à lier ensuite l'extrémité béante du canal, à repousser les extrémités du fil dans la bouche et à réunir par première intention les bords extérieurs de la plaie.

(*Observatore medico.*)

Abcès du foie, compliqué d'hydatides, guéri par incision.

Joseph Capozzi, Napolitain, soldat d'artillerie, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament bilieux, d'un caractère triste et mélancolique, usé par la débauche, criblé de syphilis, et plusieurs fois atteint de fièvre intermittente, après un long séjour dans divers hôpitaux et plusieurs traitements, les uns utiles, les autres évidemment nuisibles, entra enfin, le 12 octobre 1839, à l'hôpital de Palerme, dans un état déplorable. Il portait dans la région du foie une tumeur dont l'origine remontait déjà à plusieurs années. A peine guéri d'une fièvre intermittente grave en 1837, Capozzi s'était abandonné à toute sorte d'excès ; alors s'était manifestée une tuméfaction diffuse dans la région hypochondrique droite, accompagnée d'une induration marquée, de douleurs sourdes, et d'un état général d'affaissement et de langueur. Les frictions mercurielles, les pilules désobstruantes, la médecine de Leroy, etc., et une foule d'autres moyens non moins irrationnels furent successivement employés; et aussitôt que Capozzi éprouvait un soulagement momentané, il s'enivrait pour se donner des forces. Lors de son entrée à l'hôpital de Palerme, l'induration du foie avait fait d'énormes progrès, la peau était chaude, colorée en jaune ; une constipation opiniâtre, une maigreur extrême, se joignaient à une mélancolie profonde, à des douleurs arthritiques qui se faisaient sentir dans les articulations et jusque dans la colonne vertébrale, à la gêne excessive de la respiration, etc. ; la tumeur s'étendait à gauche au delà du cartilage xyphoïde, et en bas jusqu'à l'ombilic ; elle s'élevait en pointe, et une fluctuation profonde s'y faisait sentir, bien que la peau conservât encore sa couleur naturelle ; le décubitus sur le dos était impossible ; la langue était chargée d'un enduit blanchâtre peu épais ; une toux sèche alternait avec des vomissements de matières muqueuses. Le pouls était petit, serré, lent; la soif ardente, les urines rares et limpides, les jambes œdématiées. Dans une consultation tenue entre tous les officiers de santé de l'hôpital, les avis furent partagés sur la nature de la maladie ; on parla d'abcès par congestion, d'hydropisie enkystée. Le docteur Portal pensa qu'il s'agissait d'un vaste abcès du foie qui devait être promptement ouvert, et son opinion prévalut.

Le malade étant placé sur le bord de son lit, un trocart fut enfoncé dans le point le plus saillant de la tumeur; une quantité notable de pus fétide, d'un gris foncé, s'écoula aussitôt par la canule ; retirant celle-ci et la remplaçant par une sonde cannelée, M. Por-

tal coupa sur-le-champ la ligne blanche et les fibres du muscle droit abdominal, puis introduisant le doigt dans l'ouverture il l'agrandit encore de près de deux pouces avec le bistouri boutonné, en faisant marcher l'instrument avec réserve, de peur de dépasser les adhérences formées autour de l'abcès, et d'ouvrir au pus un passage dans la cavité abdominale ; cette incision donna issue, dans l'espace de vingt minutes, à quarante livres de pus environ, à une centaine d'hydatides acéphalocystes, et à plusieurs lambeaux assez considérables de fausses membranes; une bandelette effilée, enduite de cérat, fut ensuite placée dans la plaie.

Quatre heures après l'opération, le malade se plaignit de douleurs aiguës dans la région abdominale, principalement le long de la ligne blanche, de météorisme, etc. ; la réaction fébrile était intense. Ces symptômes cédèrent à l'application de trente sangsues, à des cataplasmes émollients, et à des boissons délayantes. Le soir, l'appareil était baigné; en le renouvelant, on donna issue à une livre depus, à huit hydatides, et à des lambeaux de fausses membranes; des lotions froides sur le ventre provoquèrent une évacuation abondante de gaz, et diminuèrent le météorisme. Afin de ne pas laisser séjourner de liquide étranger dans le fond de l'abcès, la tente fut remplacée par une canule de gomme élastique de cinq pouces de longueur et de six lignes de diamètres.

Bref, à travers quelques accidents qui furent combattus par les moyens convenables, l'état du malade s'améliora graduellement, le pus devint blanc et inodore, puis se tarit, et Capozzi sortit en parfaite santé le 25 janvier 1840, deux mois après l'opération.

(*Annali universali di medicina.*)

Entrée de l'air dans les veines.

Le docteur Capelletti, de Trieste, après avoir discuté les opinions émises par nos compatriotes, Amussat, Velpeau, Dupuytren, etc., et par les médecins étrangers sur l'introduction de l'air dans les veines, et ses fatales conséquences, rapporte deux cas dans lesquels cet accident ne fut point suivi de la mort, et n'occasionna qu'un malaise, effrayant à la vérité, mais dont la durée dépassa à peine dix minutes; comme contrepartie de ces observations, il en cite une troisième dont le sujet périt dans une syncope. Il regarde comme complètement inutiles les moyens proposés pour prévenir le terrible résultat de l'introduction de l'air dans les veines; la compression immédiate du vaisseau ouvert lui paraît seule rationnelle, dans les cas où la quantité d'air introduite est peu considérable ; alors les moyens employés ordinairement contre la syncope suffisent pour rendre la vie au moribond. Le sujet de la première de ses observations était la veuve du célèbre Farinelli. Cette femme courageuse, opérée déjà deux fois pour un squirrhe du sein qui s'était reproduit à trois mois d'intervalle, exigea l'extirpation d'une tumeur cancéreuse ulcérée dont le développement avait suivi de près la seconde opération. Cette dernière tentative, après avoir failli lui coûter la vie, a été couronnée d'un plein succès. Faut-il en conclure que la reproduction du cancer, après plusieurs opérations, ne doit pas décourager le chirurgien quand la constitution n'est pas profondément altérée? Quelques observations du même genre nous ont déjà conduit à cette conclusion.

(*Ibidem.*)

Cas de pneumonie aiguë avec pleurésie. — Guérison obtenue, indépendamment de l'emploi des moyens ordinaires, par l'administration du kermès minéral à très hautes doses. — Observation de M. le docteur A. J. d'Abreu.

Manuel Joaquim, soldat au 17e régiment d'infanterie, âgé de trente-un ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution détériorée par un séjour de trois années en prison, après avoir été maltraité à coups de pied, d'où résultèrent de la toux, de la fatigue et des douleurs à la poitrine, n'avait suivi aucun traitement jusqu'au 22 octobre 1838, époque à laquelle, ayant reçu cinquante coups de fouet, il entra à l'hôpital, à sa sortie de prison. Il nous présenta les symptômes suivants : contusions légères sur le dos, douleurs au côté droit du thorax, toux sans expectoration; respiration fréquente et difficile (30 par minute), pouls plein, dur et fréquent (112) ; râle crépitant dans les deux tiers supérieurs du poumon droit; son mat dans tout le reste de ce même côté, sonoréité dans le côté gauche ; soif vive. (Deux saignées de douze onces chacune ; une once d'huile de ricin ; tisane émolliente.)

23. Même état. (On répète la saignée; sinapismes.)

24. Moins d'oppression ; expectoration difficile ; crachats épais, globuleux, adhérents au fond du vase ; peau chaude et humide, pouls moins fréquent (96) ; moins de toux ; toujours de la soif. (Même tisane avec le sirop d'althæa.)

26. Disparition presque complète du râle crépitant ; son mat dans presque tout le côté droit ; crachats muqueux, facilement expectorés ; respiration aisée ; pouls très-peu fréquent ; peu de sommeil. (Vésicatoire entre les épaules ; une pilule d'opium pour la nuit. On accorde au malade le tiers de la ration d'aliments.)

Jusqu'au 30, amélioration progressive, ex-

cepté qu'il existe de la toux pendant la nuit et que le son du côté droit est toujours le même.

31 octobre. Pouls très fréquent (100); dyspnée; toux provoquant une douleur lancinante à la base du poumon droit : crachats rouillés, contenant beaucoup de sang; langue sale, vermeille aux bords et à la pointe; pendant la nuit, oppression extrême, presque suffocation. Râle crépitant très-fort à la partie moyenne et supérieure du côté droit; on entend encore le murmure respiratoire vers la partie inférieure; décubitus sur le côté gauche. (Saignée de dix onces; douze sangsues sur le point douloureux; une once d'huile de ricin; cataplasme émollient sur la poitrine.)

2 novembre. Les crachats continuent d'être sanguinolents; même son; forte résonnance de la voix vers la partie moyenne, quoique encore un peu tremblante à la partie inférieure du côté droit; pouls moins accéléré (88); sueurs générales; diminution de la douleur, moins d'oppression. (Quatre ventouses le long de l'épaule droite; pommade stibiée en frictions sur la poitrine. Emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré d'émétique, entre les épaules.)

6. Douze crachats épais, ressemblant à des bouchées de viande mâchée, nageant dans une mucosité écumeuse, semblable à la salive, et dont la quantité est évaluée à plus d'une livre; sensibilité épigastrique; partie antérieure de la poitrine couverte de vésicules, dues à l'action de la pommade. (Douze sangsues à l'épigastre; looch blanc.)

7. L'expectoration contient moins de sang. Le râle est moins marqué, mais il existe avec de grosses bulles; les sueurs ont cessé. (Douze sangsues sur le côté droit de la poitrine.)

9. Les crachats présentent le même aspect; il sont à peine striés de sang. (Douze sangsues sur le côté malade; cautère au bras droit; vésicatoire entre les épaules.)

12. Expectoration non sanguine; on entend le murmure respiratoire dans presque tout le côté droit et les sueurs sont revenues. Du reste, même état. (Looch avec quatre grains de kermès; une once d'huile de ricin; pilules avec un quart de grain d'acétate de plomb.)

15. Moins d'expectoration et moins de toux. Le tremblement de la voix, qui s'entendait vers la partie inférieure du poumon, est presque nul : le son est le même; cessation des sueurs; appétit. Tous les symptômes disparaissent successivement, moins le son mat, qui est entendu dans divers points du côté droit. On élève progressivement la dose du kermès à cinquante grains en vingt-quatre heures; on entretient la suppuration du vésicatoire, placé entre les épaules, les pustules de la partie antérieure de la poitrine et le cautère du bras.

Réflexions. La pneumonie provenant de l'action des coups fut enchaînée par les émissions sanguines, pratiquées à de courts intervalles, peu de temps après l'invasion.

Aussitôt que l'expectoration eut diminué et qu'il restait à peine un peu de toux et d'expectoration bronchique, le malade me dit que cet état lui était ordinaire, depuis qu'il avait été prisonnier, qu'il avait beaucoup maigri, tandis qu'auparavant il avait été très-vigoureux et doué d'un certain embonpoint.

Le son mat du côté, joint à la toux, l'amaigrissement et la couleur jaune paille du malade, me firent soupçonner l'existence de tubercules disséminés dans la substance du poumon; les symptômes d'une pleuro-pneumonie qui, de nouveau, parurent, et que, d'aucune manière, je ne pus attribuer à l'exposition imprudente du malade à l'action du froid, vinrent pour le moment confirmer ce jugement. Aussitôt que tous les symptômes eurent cessé, le malade fut gardé à l'infirmerie pendant plus d'un mois; et, tous les jours, percuté avec soin. Le son mat de ce côté fut toujours le même. L'épanchement pleurétique était en petite quantité et la matité était plus prononcée dans le tiers moyen et supérieur. Or, on sait que c'est dans ce lieu que les tubercules existent pour l'ordinaire, et que, tôt ou tard, de nouvelles causes viendront exciter l'inflammation du tissu du poumon, et la phthisie pulmonaire en sera la conséquence. Je prévois bien une objection qui pourra m'être faite : Si les tubercules existaient, ils ne manqueraient pas de prendre part aux changements qui se passeraient près d'eux, et ils ne resteraient pas témoins passifs de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette objection qui, au premier abord, paraît être de quelque poids, perd beaucoup de son importance à l'examen des faits consignés dans les meilleurs ouvrages classiques. Outre que l'inflammation du tissu pulmonaire est quelquefois consécutive à la présence des tubercules, réagit sur eux et donne lieu à tous les désordres qui s'observent en pareil cas, d'autres fois, les inflammations pulmonaires répétées accélèrent le ramollissement tuberculeux, et se tranforment en causes déterminantes de ces altérations. Il serait à désirer que les observateurs entrassent dans de plus grands détails à ce sujet.

La médication révulsive et les émissions sanguines attaquèrent vigoureusement la maladie, et c'est à l'activité du traitement qu'on doit attribuer le résultat favorable qui a été obtenu. Les premières saignées générales avaient passablement débilité le malade, et il ne me parut pas convenable d'abuser de cette puissante médication qui, depuis l'antiquité la plus reculée, jouit d'un crédit incontestable dans les inflammations pulmonaires. Elles furent remplacées par les émissions sanguines locales, et quand je vis qu'il fallait venir au secours de la réso-

lution, j'eus recours aux antimoniaux, parmi lesquels je choisis le kermès minéral.

Ce médicament, découvert en 1714, et qui fut acheté par le gouvernement français en 1720, a subi le sort de beaucoup d'autres substances; mais il est certain qu'il jouit d'une efficacité marquée dans le catarrhe pulmonaire, et même dans la pneumonie. Je conviens que les préparations de kermès ne sont pas toutes d'une pureté assurée; il faut admettre, néanmoins, qu'il a une action moins irritante sur certains estomacs que le tartre stibié.

Quant à l'oxide blanc d'antimoine, dont M. Trousseau a fait un si grand usage, je ne l'ai point employé, parce que je l'ai déjà administré un grand nombre de fois et que son action m'a paru presque nulle. C'est le jugement que MM. Andral et Bouillaud ont porté sur cette préparation. La dose du kermès fut portée à cinquante grains en vingt-quatre heures, et il ne détermina aucun symptôme du côté des organes digestifs. Son emploi fut continué quelque temps à doses décroissantes. Le malade en prit, dans l'espace de vingt jours, une once et vingt grains.

(*Journal médical de Lisbonne*).

Observations d'inertie de l'utérus, dans des cas d'accouchement, traitée heureusement par le seigle ergoté; par le docteur Manuel Coelho do Nascimento, membre correspondant, à Collarès.

OBS. Ire.—Marianna Rosa, mariée, résidant à Almocezeme, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la quatrième fois, n'ayant pas été très-heureuse dans ses précédents accouchements et ayant joui d'une bonne santé pendant cette quatrième grossesse, le 18 février 1838, vers les six heures du matin, ressentit quelques douleurs, les eaux s'écoulèrent, puis les douleurs cessèrent. Quand je fus mandé près de la malade, ce même jour, à neuf heures du matin, je trouvai une portion de cordon ombilical hors du vagin; le fœtus présentait directement la face, et l'utérus était très-dilaté. Je prescrivis trente grains de seigle ergoté, en six paquets, à donner de cinq minutes en cinq minutes, et comme les deux premières doses n'avaient déterminé qu'une stimulation très-légère et passagère, une troisième dose de dix grains fut administrée. Alors, les douleurs commencèrent à devenir plus fortes et la femme expulsa un fœtus du sexe masculin, puis les secondines. Vers les trois heures du soir du même jour, l'enfant mourut. Nous n'eûmes plus de nouvelles de la mère.

OBS. II. — Marianna D., mariée, âgée de vingt-quatre ans, bien constituée, seconde grossesse, ayant fort bien passé tout le temps de la première. Pendant les trois premiers mois de la seconde, elle a éprouvé un peu de dyspepsie et des vomissements. Le 14 septembre 1838, arrivée au terme de sa grossesse, elle donna le jour, vers les quatre heures du soir, à un enfant; le placenta resta dans l'utérus, sans qu'il survînt une seule contraction jusqu'à dix heures du même jour, moment où je fus appelé. Ayant acquis la certitude que l'utérus était complètement sans aucune action, j'ordonnai trente grains de seigle ergoté, en six paquets, et j'en administrai cinq grains de cinq minutes en cinq minutes. Après la troisième dose, l'utérus entra en contraction, les secondines furent expulsées et tout se passa bien.

OBS. III. Elle a trait à la femme qui fait le sujet de la première observation. Enceinte pour la cinquième fois et parvenue au terme de sept mois, le 25 novembre, elle ressentit quelques douleurs, les eaux s'écoulèrent à sept heures du matin, puis il y eut absence de contractions. A midi, j'acquis la preuve, au moyen du toucher, que la position du fœtus était normale, et que le retard apporté à l'accouchement était causé par le défaut d'action de la matrice. Le seigle ergoté fut prescrit à la dose de trente grains en six paquets, pour être donnés de cinq minutes en cinq minutes. La malade les prit tous, sans que la matrice eût aucune contraction. Je prescrivis soixante grains du même seigle en trois paquets, administrés de quart d'heure en quart d'heure. A la seconde dose, la malade sentit quelques douleurs, mais légères. Dix minutes environ après la troisième dose, l'utérus entra en contraction et l'accouchement se termina. L'enfant était du sexe masculin et vécut cinquante minutes. Le rétablissement de l'accouchée fut heureux et prompt.

III. — MÉLANGES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 13 avril.)

Presque toute cette séance est encore employée à la discussion du rapport de M. Adelon.

(Séance du 20 avril.)

Fièvre typhoïde épidémique à Mirande (Gers), traitée par le sulfate de quinine, par M. Broca. (Rapport de M. Jadelot.)

M. Gérardin donne lecture d'un rapport en réponse à une lettre ministérielle sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, méthode préconisée par M. Broca. Ce médecin dit avoir obtenu de très-beaux succès au moyen de cette médication. Un gramme de sulfate de quinine administré pendant quatre à cinq jours consécutifs arrêtait, suivant M. Broca, la marche de la fièvre typhoïde.

M. le rapporteur désire qu'on adresse des remercîments à l'auteur et qu'on inscrive son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Honoré s'oppose à l'admission de ces conclusions, et dit que M. Broca n'a eu affaire qu'à des cas de fièvre intermittente ou rémittente.

M. Piorry n'exclut pas l'administration du sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes. Cette médication peut être utile pour dissiper quelques complications et entre autres le gonflement de la rate et les rémittences qui en sont la suite.

M. Castel n'a jamais vu le sulfate de quinine produire de bons effets dans le traitement des fièvres typhoïdes.

M. Jadelot persiste dans ses conclusions. M. Broca a rendu un grand service au pays où il exerce la médecine.

Il se trouvait au milieu d'une épidémie meurtrière; la médication qu'il propose en a diminué les ravages. Tous les médecins qui ont employé ce traitement, d'après les conseils de M. Broca, s'accordent à lui donner des éloges.

M. Louis, quoique membre de la commission, ignore complètement à quelle maladie M. Broca avait affaire. Ses observations sont tellement écourtées et insuffisantes, qu'il est impossible de se former une opinion sur l'exactitude du diagnostic.

M. Bouillaud. Je ne veux pas discuter dans ce moment la valeur relative des différentes méthodes de traitement dans la fièvre typhoïde, surtout à propos d'un pareil remède; mais je ferai observer que, pour juger une pareille méthode quelconque, il faut que les faits invoqués à son appui soient bien déterminés; or, un membre de la commission, M. Louis, vous l'a déclaré, cette condition n'a nullement été remplie par M. Broca. Il me semble qu'au lieu d'accorder des éloges à l'auteur, il serait de la dignité de l'Académie de se borner à proposer le dépôt de ce travail aux archives.

M. Double. Comme c'est le ministre qui demande à l'Académie un rapport sur les faits rapportés par M. Broca, il serait convenable, dans le doute où se trouve l'Académie, de demander des renseignements sur ces faits à des membres correspondants qui habitent le même pays.

M. Husson. On devrait en même temps adresser une lettre à M. Broca pour l'inviter à envoyer des observations plus nombreuses et plus détaillées.

M. Double adhère à cette modification de sa proposition. Cette proposition est mise aux voies et adoptée.

M. Lacauchie lit un mémoire sur le liquide qu'on trouve dans les séreuses, soit pendant la vie, soit après la mort.

(Séance du 27 avril).

Traitement de l'ankylose par l'extension brusque.

M. Bérard lit un rapport officiel sur la méthode de M. Louvrier, médecin à Pontarlier, pour le traitement des ankyloses des membres inférieurs au moyen d'une machine distensive opérant la séparation des extrémités articulaires anormalement réunies. L'application de cette machine a été faite dans vingt-deux cas : sur ces vingt-deux malades, trois seulement ont éprouvé des accidents plus ou moins graves; dans tous les autres cas, l'opération n'a eu aucun résultat fâcheux. La plupart des malades ont éprouvé, au moment de l'opération, des douleurs excessives. Chez aucun malade l'articulation ankylosée n'a récupéré une liberté entière des mouvements : chez quelques-uns on a remarqué un peu de luxation du tibia sur la face postérieure de l'extrémité inférieure du fémur, ce qui tenait en partie à la résistance opposée par la rotule accolée à la face antérieure des condyles du fémur, ou à l'atrophie de l'extrémité articulaire du tibia. Les malades le plus heureusement traités sont obligés de se servir d'un bâton en marchant : un seul marche sans canne, mais la claudication est manifeste.

En résumé, dit M. Bérard, eu égard au petit nombre d'accidents qui sont survenus après une opération en apparence aussi effrayante, le jugement que l'on devrait porter sur la méthode de M. Louvrier ne serait pas si défavorable, si les revers étaient balancés par des avantages réels; mais malheureusement il n'en est pas ainsi; le membre reste dans l'immobilité et ne joue que le rôle d'une jambe de bois.

On peut donc conclure :

1° Que l'application de la machine de M. Louvrier est suivie d'un redressement instantané du membre ankylosé.

2° Que ce redressement ne donne lieu ordinairement à aucun accident grave, soit immédiat, soit consécutif.

3° Que les accidents, lorsqu'ils se produisent, prennent une gravité effrayante et sont ordinairement suivis de mort.

4° Qu'aucun des malades opérés par cette méthode n'a repris entièrement la liberté des mouvements de l'articulation ankylosée. En conséquence, on doit répondre au ministre que la machine de M. Louvrier, quoique ingénieuse, est d'un emploi dangereux, car il sera toujours impossible de déterminer d'avance la nature de l'ankylose et de prévoir les conditions qui pourraient offrir quelques chances de succès pour son application.

Ces conclusions sont adoptées.

(Séance du 4 mai.)

De la prophylaxie générale de la peste, par M. Aubert.

Le long et intéressant mémoire de M. Aubert se résume en ces quelques mots : 1° dans l'antiquité la civilisation seule, et sans le secours des mesures sanitaires, a suffi pour éteindre la peste; 2° malgré les lazarets, elle a continué ses ravages pendant un siècle encore, et n'a définitivement disparu qu'au fur et à mesure des progrès de la civilisation. (Commissaires : MM. Renoult, Pariset et Bouillaud.)

Anatomie pathologique vétérinaire, par M. Leblanc.

M. Leblanc présente à l'Académie deux pièces destinées à prouver que les maladies du cœur, chez les animaux, ne sont pas aussi rares qu'on l'a prétendu.

La première est le cœur d'un cheval dont les cavités offrent des marques manifestes d'endocardite; les valvules sont très-épaisses, quoique une macération prolongée ait sans doute diminué un peu leur volume. La seconde pièce est le cœur d'un chien lévrier, de taille moyenne. La maladie fut reconnue sur le sujet vivant à des palpitations très-fortes toutes les fois qu'on le forçait à marcher. Les deux ventricules sont remplis de caillots d'une grande consistance et fort adhérents. La valvule tricuspide est boursoufflée et couverte de végétations.

(Séance du 11 mai.)

M. Gauthier de Claubry a rempli toute cette séance par la lecture du rapport annuel de la commission de vaccine sur les travaux envoyés à l'Académie pendant l'année 1859. Les conclusions de ce travail n'ont rien de neuf et d'assez intéressant pour que nous les relations ici.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 12 avril.)

Mémoire sur la voix humaine, par M. Manuel Garcia. (Commissaires, MM. Magendie, Savary; Dutrochet, rapporteur.)

La théorie de la formation et de la variation des sons par l'organe vocal humain est loin d'être complète; on n'est même pas d'accord sur le genre d'instrument auquel l'organe vocal humain doit être comparé.

Quoi qu'il en soit, l'organe vocal est si parfait, il a des résultats si merveilleux et si divers, qu'on serait tenté de croire qu'il n'est pas un instrument unique et qu'il jouit de l'admirable privilége de se transformer incessamment en une multitude d'instruments différents. Voyez-le agir, par exemple, dans la voix de poitrine ; voyez-le s'exercer dans la voix de fausset; ne dirait-on pas que ces deux espèces de registres sont produits par deux instruments qui se sont substitués l'un à l'autre?

La voix pleine ou de poitrine et la voix de tête sont produites chacune par une modification particulière et importante dans le mécanisme de l'instrument vocal. La voix de fausset exige dans un temps donné, et pour la production du même son diatonique, une plus grande dépense d'air que la voix pleine ou de poitrine.

Dans la production diatonique des sons du grave à l'aigu, tant avec la voix pleine ou de poitrine qu'avec la voie de fausset-tête et avec le *timbre clair*, on observe une ascension continuelle et graduelle du larynx; le voile du palais est alors constamment abaissé. Il n'en est pas de même lorsque la voix passe au *timbre sombre*.

Dans la voix pleine ou de poitrine produite avec ce timbre sombre, et en montant des sons les plus graves de ce registre aux sons les plus élevés qui lui sont propres, le larynx demeure constamment fixé dans sa position la plus basse, et le voile du palais est relevé. Il en est de même dans la production en *timbre sombre* de la partie la plus basse de la voix de fausset ou de celle dont les notes peuvent être également produites avec la voix pleine : mais lorsque le chanteur passe, toujours en *timbre sombre*, à la partie la plus élevée de la voix de fausset, à celle qui est spécialement désignée par les artistes sous le nom de *voix de tête*, alors le larynx monte un peu, mais bien moins qu'il ne le fait lorsque cette même voix de tête est produite avec le *timbre clair*.

M. Dutrochet dit qu'en résumé M. Garcia, par sa sagacité et par la justesse de ses études, comme professeur de chant, a observé et décrit dans son mémoire plusieurs faits intéressants, dont il faudra désormais tenir compte dans la théorie physique de la voix humaine. Il propose à l'Académie de lui témoigner sa satisfaction.

(Séance du 26 avril).

Embryogénie; contenu de la vésicule du germe.

M. Coste lit un mémoire intitulé: *Recherches microscopiques sur le contenu de la vésicule du germe, envisagé dans toutes les classes de la série animale, et sur la fonction qu'il est destiné à remplir dans l'acte de la génération.*

En étudiant au microscope, la vésicule du germe, l'on a découvert qu'il existe au sein du liquide qu'elle renferme un amas régulier de granules affectant une forme plus ou moins lenticulaire, appliquée sur un point de la surface interne de ses parois. Et lorsqu'on a eu une fois reconnu la présence de ce corpuscule composé ou de cette tache, on a pensé que ce n'était autre chose que le véritable germe déjà formé et vivant avant la conception.

D'un autre côté, comme la tache prétendue germinative n'existe manifestement pas dans un très grand nombre d'espèces, et comme dans plusieurs de ces espèces, la matière renfermée dans la cavité de la vésicule est parsemée d'une quantité plus ou moins considérable de petits points globuleux, l'on a admis qu'en l'absence d'une tache germinative unique, la somme de tous les corpuscules isolés peut être en quelque sorte considérée comme l'*équivalent* de cette tache.

Or, le but de l'auteur, dans ce mémoire, est d'établir :

1° Que ni la tache simple, ni les corpuscules plus ou moins nombreux que l'on a observés dans la cavité de la vésicule germinative ne peuvent être considérés comme un germe déjà vivant avant la conception;

2° Que les parois de la vésicule germinative sont résorbées et disparaissent au moment même où l'œuf va se détacher de l'ovaire;

3° Que par suite de la résorption des parois de cette vésicule, la matière qu'elle renfermait, étant devenue libre, reste au centre de la cicatricule pour continuer à la combler, en se fondant avec la matière granuleuse de cette dernière, de manière à former ensemble un tout homogène, continu. En sorte que la cicatrice n'ayant plus désormais la vésicule enchâssée dans son milieu, se trouve convertie en un disque exclusivement et uniformément granuleux ; disque dont le contenu de cette vésicule résorbée forme la partie centrale.

L'Académie procède à l'élection d'un candidat à la chaire de physique générale, vacante au collége de France par la mort de M. Savart. Il y a cinquante-trois votants.

M. Regnault,	48 voix.
M. Babinet,	2
M. Becquerel,	1
M. Milne-Edwards,	1
Un billet blanc.	

L'Académie nomme également un candidat à la chaire de zoologie, vacante au Muséum par la démission de M. Geoffroy-Saint-Hilaire. Il y a quarante-neuf votants.

M. Isidore Geoffroy,	45 voix.
M. Milne-Edwards,	3
Un billet blanc.	

(Séance du 3 mai.)

L'Académie procède à l'élection d'un membre

dans la section de physique, en remplacement de M. Savart, décédé.

Premier tour de scrutin. — Votants, 55 ; majorité absolue, 27.

M. Desprets,	24 voix.
M. Peclet,	22
M. Cagniard-Latour,	3
M. Pelletier,	2
Un billet blanc.	

Deuxième tour.

M. Desprets,	28
M. Peclet,	25
Deux billets blancs.	

M. Desprets ayant réuni plus de la moitié des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Appareil respirateur artificiel.

M. H. Amblard, pharmacien à Largentière (Ardèche), adresse un travail intitulé : *Mémoire sur l'emploi médical de l'air et sur un appareil ou instrument indispensable à son application et à celle de tous les fluides aériformes considérés sous le rapport thérapeutique.* Le but de cet appareil est d'introduire dans le poumon de l'air ou différents gaz, comme remèdes de plusieurs maladies.

(Séance du 10 mai.)

Rétrécissement de l'orifice interne de l'urètre.

M. Civiale, dans ce mémoire, décrit une déformation particulière de l'orifice interne de l'urètre, qu'on rencontre particulièrement chez les vieillards et qui résulte tantôt de plusieurs états morbides de la prostate; tantôt d'une saillie semi-lunaire s'élevant de la face inférieure du collet vésical et constituant, selon lui, une sorte d'écluse ou de barrière qui gêne la sortie de l'urine et met obstacle à l'introduction des instruments.

Cette soupape ou valvule présente différents degrés d'épaisseur et d'élévation ; elle est quelquefois haute de neuf à douze lignes. Elle paraît résulter du soulèvement de la membrane muqueuse par différents modes de gonflements prostatiques.

Le traitement consiste à diviser la barrière, tantôt en procédant du bord libre vers sa base, tantôt en pratiquant une ponction au niveau du point où la bride prend naissance et prolonge la section jusqu'au bord libre.

L'Auteur met sous les yeux de l'Académie les instruments à l'aide desquels il fait cette opération, qu'il dit avoir déjà pratiquée avec succès sur deux malades.

Physiologie de la voix.

M. Diday écrit pour réclamer en son nom et au nom de son collaborateur, M. Petrequin, la priorité de l'idée émise par M. Manuel Garcia, que le larynx reste immobile dans les changements de ton de la voix sombrée.

Nerfs du larynx.

M. Longet adresse un mémoire contenant des recherches anatomiques et des expériences physiologiques sur le nerf accessoire de Willis et sur les nerfs laryngés. (Commissaires : MM. de Blainville, Flourens et Breschet.)

Fistule aérienne.

M. Laurent adresse, au nom de M. Reynaud, chirurgien de la marine, à Toulon, ses observations sur une fistule aérienne avec occlusion complète de la partie inférieure du larynx.

NOUVELLES.

Actes officiels.

— Par ordonnance du 28 avril, M. Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M le docteur Charpentier de Joigny, chargé du service de santé des Forges à Guérigny (Nièvre), vient aussi d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Il doit cette distinction à de longs et honorables services militaires.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 15 avril, un concours sera ouvert, le 16 août prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans cette Faculté par la nomination de M. Blandin à la chaire d'opérations et d'appareils.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique des 26 et 27 avril, sont nommés : professeur de physique générale et expérimentale au collége de France, en remplacement de M. Savart, décédé, M. Regnault ; professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) au muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Geoffroy St-Hilaire, démissionnaire, M. Isidore Geoffroy St-Hilaire, son fils.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 21 mai, M. Orfila est maintenu doyen de la Faculté de médecine de Paris.

—

Concours.

Les juges du concours actuellement ouvert à Paris pour la Faculté de Strasbourg sont : en qualité de professeurs de l'école de Paris, MM. Roux, Gerdy, Bérard, Velpeau, Marjolin, Breschet, Blandin, P. Dubois ; suppléants, MM. Cruveilhier et Dumas; en qualité de membres de l'Académie de médecine, MM. Jobert, Espiaud, P. Parise, Renoult ; suppléant, M. Hervez de Chegoin.

—

Hôpitaux.

— Un concours est ouvert pour la nomination à une place de médecin au bureau central d'admission des hôpitaux. Les épreuves commenceront le 11 juin prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux au parvis Notre-Dame.

—

Epidémie.

Il règne en ce moment à Siéges, petite commune du Jura, à trois lieues au midi de St-Claude, une épidémie qui attaque surtout les jeunes gens et qui les emporte en quelques jours. Le mal se déclare par des douleurs de tête et de cœur, par l'enflure de la langue, et après la mort le cadavre devient noir.

(*Réparateur.*)

—

Faits divers.

Nous donnons pour ce qu'il vaut le fait suivant qu'on lit dans un journal politique :

L'arrondissement de Valenciennes possède en ce moment un phénomène physiologique qui mériterait l'attention des naturalistes. On voit dans la commune de Maulde, près Saint-Armand, un jeune garçon de neuf ans et demi, qui n'est pas plus grand qu'on ne l'est naturellement à cet âge, mais dont la lèvre supérieure est garnie d'une moustache qui ferait envie à un grenadier ; en outre il a de la barbe comme un sapeur ; on est forcé de le raser deux fois par semaine, et ce n'est que par économie qu'on ne le livre pas plus souvent aux Figaros de l'endroit.

— Eaux minérales de France les plus suivies, dans l'ordre de leurs produits, avec les noms des médecins inspecteurs : Bagnères, M. Ganderax ; Vichy, M. Prunelle ; Luchon, M. Barrié ; Bourbonne, M. Lemolt ; Mont-Dore, M. Bertrand ; Cauterets, M. Buron ; Barèges, M. Pagès ; Néris, M. de Montluc ; Plombières, M. Garnier. Les étrangers y laissent chaque année de trois à quatre millions.

(*Gazette des hôpitaux.*)

—

Le conseil municipal de la Lozère a demandé et obtenu qu'un buste en marbre de Chaptal fût placé dans la salle de ses séances.

—

Nécrologie.

Nous avons à signaler la mort de Madame Boivin, docteur en médecine, auteur de plusieurs beaux ouvrages sur les accouchements, sur l'anatomie pathologique et sur les maladies des femmes.

Cette femme, que plusieurs professeurs des universités allemandes qualifiaient du nom de *vir doctissimus*, avait été surveillante en chef de l'hospice de la Maternité et de la Maison royale de Santé de Paris ; elle avait été décorée du titre de correspondant par plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères, après y avoir remporté des prix. Née en 1774, elle vient de succomber à une dernière attaque d'apoplexie ; elle était retirée depuis quelques années à Versailles au sein de sa famille, et dans une médiocrité de fortune qui correspondait mal aux services sans nombre qu'elle avait rendus à l'humanité souffrante.

— M. Picquet père, docteur en médecine, vient de mourir à Lizernore (Jura), à l'âge de soixante-onze ans. Un des premiers opérateurs sous la république, à l'armée d'Italie, à celle de Sambre-et-Meuse, plus récemment enfin à celle de Grèce, M. Picquet était l'ami de MM. les barons Desgenettes et Larrey.

Le directeur de service, J. LEBAUDY.

TABLE ANALYTIQUE

Du deuxième semestre de l'année 1840-41 du Journal des Connaissances-Médico-Chirurgicales.

A.

Abcès des grandes lèvres, 124.
— du sein, traités exclusivement par la compression, 45.
— par congestion, 170.
Accouchements (Manuel des), 208.
Acétate de plomb dans la bronchite, 34.
— Cause d'empoisonnement, 37.
Aconit contre la céphalalgie nerveuse, 34.
ADAMS. Hypertrophie des colonnes charnues du cœur, 125.
ADOLPHE. Moyen de guérir la gale en trois jours, 167.
Air comprimé administré en bain, 40, 172.
Aliénation mentale. Altération anatomique, 171.
— (Recherches sur l'), 210.
— (Traité de l'), 207.
— Traité par la révulsion morale, 127.
Alun. Son utilité en médecine, 31.
Amaurose asthénique compliquée, 69.
AMMON. Traitement de l'iritis, 127.
Amputation dans l'articulation tibio-tarsienne, 172.
— scapulo-humérale par un procédé nouveau, 203.
AMUSSAT. Du bégaiement, 218.
Anatomie. Explication des planches de l'atlas, 42.
Anévrisme poplité reproduit après l'opération, 37.
Angine de poitrine traitée avec succès par le soufre, 33.
Animalcules spermatiques, 39.
Antimoine retrouvé dans les urines, 37.
Appareils hémostatiques, 172.
ARAN. Nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme, 60, 146.
Arsenic contre le cancer, 169.
Acide. Empoisonnement; guérison par le colcothar, 213.
— Recherches médico-légales, 87, 128, 173.
— Recherches sur les cadavres, 86.
— Toxicologie, 171, 214.
Artère splénique. Hématémèse mortelle produite par sa rupture, 206.
Articulation du coude; sa résection, 213.
— renfermant des concrétions cartilaginiformes, 170.
Asphyxie causée par la présence de corps étrangers dans le larynx, 112.
Asphyxie chez un aliéné, 201.
ASTLEY COOPER. Notice biographique, 175.
AUBANEL. Recherche statistique sur l'aliénation mentale, 210.
AUDIBERT. Cas singulier de lactation, 31.
Auscultation dans la première période de la phthisie, 76.

B.

Bains d'air comprimé, 172, 195.
BARTHEZ. Fièvre typhoïde chez l'enfant, 152.
BAUDENS. Amputation tibio-tarsienne, 172.
Baume de copahu, 162.
Baume de Tolu (Nouvelle préparation du sirop de), 20.
Bégaiement, 40, 171, 175, 218.
Belladone contre le phymosis accidentel, 212.
BERGÈS. Empoisonnement par l'acide arsénieux, 171.
Blennorrhagie. Baume de copahu, 162.
BONNAFON. Amputation scapulo-humérale, 203.
BONNET (de Bordeaux). Traité des maladies du foie, 160.
BONNET (de Lyon). Position à donner aux membres dans les maladies articulaires, 27.
BOUILLET. Emploi heureux du colcothar dans un empoisonnement par l'arsenic, 213.
BOYER (Lucien). Section des muscles de l'œil, 85, 216.
BOYER (Philippe). Engorgement syphilitique des testicules, 81.
BOYS-DE-LOURY. Kyste et abcès des grandes lèvres, 124.
Bronchite traitée par l'acétate de plomb, 34.
BURGER. Traitement de la céphalalgie nerveuse par l'aconit, 34.

C.

Cancer (Arsenic contre le), 169.
— ulcéré de la face, traité par le caustique de Vienne, 206.
Cataractes capsulaires secondaires; nouvelle manière de les opérer, 121.
Catarrhe vésical traité par la décoction de suie, 85.
CASTELNAU (de). Inoculation appliquée à l'étude de la syphilis, 177.
Caustique de Vienne, 205.
Cautérisation des chancres vénériens, 163.

Céphalalgie nerveuse traitée par l'aconit, 34.
Cerveau de l'homme. Sa composition chimique, 38.
Cervelet (Absence d'un des lobes du), 125.
CHAMBEYRON. Monomanie incendiaire, 156.
Chancres vénériens. Excision et cautérisation, 163.
Chanvre contre le tétanos, 36.
Clinique d'accouchement de Prague; compte-rendu, 168.
— *chirurgicale* de l'Hôtel-Dieu de Clermont, 191.
— de l'hôpital Necker, 45.
Cœur. Hypertrophie de ses colonnes charnues, 125.
Colcothar dans un empoisonnement par l'arsenic, 213.
Colique dite de Madrid, 123.
COLSON (A.-L.) Hématémèse produite par une rupture de l'artère splénique, 206.
Compression employée exclusivement contre les abcès du sein, 45.
Concrétions cartilaginiformes dans les articulations, 170.
CONTOUR. Compression contre les abcès du sein, 45.
Copahu. Son action sur la gonorrhée, 162.
Cuivre (Sels de) dans les maladies de la peau, 165.
Cysticerques trouvés dans une tumeur, 204.

D.

DANGER. Recherches sur l'arsenic, 87, 128, 173.
Delirium tremens traité par la saignée, 83.
DELMAS. Utilité de l'alun, 31.
DEROSNE (Bernard). Du monésia, 3.
DIDAY. Siége précis de l'étranglement herniaire, 119.
DUBOIS (d'Amiens). Valeur médicale de la théorie de l'irritation, 127.
DUGÈS. Manuel d'obstétrique, 209.

E.

Eau froide (Traitement par l'), 115.
ECCLENBOURG. Ophthalmie purulente des nouveau-nés, 84.
Ecoulements utéro-vaginaux traités par le tamponnement, 89.
Empoisonnement par l'acétate de plomb liquide, 30.
— par l'arsenic, 171, 213.
— par le tabac en lavement, 30.
Enfants (Des diverses espèces de méningites chez les), 120.
— (Fièvre typhoïde chez les), 152, 193.
ENGEL. Traitement des maladies par l'eau froide, 115.
Engorgements syphilitiques consécutifs du testicule, 81.
ESQUIROL (Notice nécrologique sur), 44.
Etiologie du strabisme, 129.
Etranglements herniaires. Moyens de réduction, 163.
Excision et cautérisation des chancres vénériens, 163.

F.

FAU. Empoisonnement par l'acide arsénieux, 171.
Fièvre typhoïde chez les enfants, 152, 193.
Fistule hépato-pleuro-bronchique, 214.
FLANDIN. Recherches sur l'arsenic, 87, 128, 173.
FLEURIAU. Météorologie de la Charente-Inférieure, 36.
FLEURY (fils). Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Clermont, 191.
FLOURENS. Action de la garance sur les os, 214.
Fœtus. Des conditions qui favorisent son développement exagéré, 167.
Foie (Traité des maladies du), 160.
FORGEMOL. Emploi du caustique de Viennne, 205.
Formulaire pratique des hôpitaux, 164.
Fougère mâle mise en parallèle avec la racine de grenadier, 123.
FOURCAULT. Nouvelle classification des tempéraments, 21.
FOURNET. Auscultation à la première période de la phthisie, 76.
FOURNIER (Aug.). Cysticerques trouvés dans une tumeur, 204.
FOVILLE. Altérations anatomiques du système nerveux dans l'aliénation mentale, 171.
Fracture de la grosse tubérosité de l'humérus, 192.
— du sacrum sans accidents de l'innervation, 191.
FREMY. Composition chimique du cerveau de l'homme, 38.
Frictions mercurielles. Effet remarquable dans un cas de rhumatisme, 32.
FUSTER. Maladies de la France, 23.

G.

Gale. Moyen populaire de la guérir en trois jours, 167.
Garance. Son action sur les os, 214.
Gastrotomie employée avec succès pour une invagination de l'intestin grêle, 213.
GIGOUIN. Décoction de suie dans le catarrhe vésical, 85.
Gonorrhée. Baume de copahu, 162.
GREENS. Absence d'un des lobes du cervelet, 125.
Grenadier mis en paralèlle avec la fougère mâle, 123.
GROETZNER. Persistance du trou de Botal, 84.
GUÉRIN (Jules). Etiologie du strabisme, 129.
— Myopie, 217.

H.

HELM. Identité de la variole et de la vaccine, 85.
Hématémèse mortelle par rupture de l'artère splénique, 206.
Hémorrhagie utérine puerpérale, 124.
HENDERSON. Acétate de plomb dans la bronchite, 34.
HENRY (O.). Du monésia, 3.
Hernie inguinale d'une nouvelle espèce, 37.
Hernies étranglées; moyen de les réduire, 163.
Hoquet convulsif de dix jours de durée, 204.
HOEFER. Du platine en médecine, 29.
HOURMANN. Tamponnement contre les écoulements utéro-vaginaux, 89.
Humérus. Fracture de sa grosse tubérosité, 192.
Hydatides compliquant une grossesse, 243.
Hydrochlorate de baryte contre les affections scrofuleuses, 166.
Hydrocyanoferrate de quinine, 125.
Hydropisie scarlatineuse avec absence d'albumine, 83.
Hydrothérapie, 115.
Hypertrophie des colonnes charnues du cœur, 125.

I.

Iléon (Polype de l'), 125.
Inflammations superficielles traitées par l'iode, 36.
Inoculation appliquée à l'étude des maladies syphilitiques, 177.

Intestin grêle invaginé; guérison par la gastrotomie, 213.
Iode appliqué sur les surfaces enflammées, 36.
— Circonstances qui favorisent son action, 168.
Iritis. Traitement par Ammon, 126.
Irritation. De la valeur de cette doctrine en médecine, 127.
Ischurie rénale avec vomissements supplémentaires des urines, 125.

J.

James. Thérapeutique des névralgies, 26.
Jourdain. Médication vomitive, 32.
Jungmann. Clinique d'accouchement de Prague, 168.
Junod. Bains d'air comprimé, 172.

K.

Kaeppelin. Recherches sur l'arsenic dans les cadavres, 86.
Kampmann. Id., 86.
Koyen. Frictions mercurielles dans un cas de rhumatisme chronique, 32.
Kreysig. Ischurie rénale avec vomissements supplémentaires de l'excrétion urineuse, 125.
Kunckel. Maladie de la peau, 165.
Kyste et abcès des grandes lèvres, 124.

L.

Labarthe. Paraplégie traumatique, 31.
Lactation (Cas singulier de), 31.
Lallemand. Loi de la reproduction chez tous les êtres vivants, 38.
— Origine des zoospermes, 38.
Landré-Beauvais. Discours prononcé sur sa tombe, 132.
Langue. Section de ses muscles, 171, 173.
Lanvon. Iode en teinture sur les surfaces enflammées, 36.
Larchez. Hoquet convulsif ayant duré dix jours consécutifs, 204.
Larynx. Corps étrangers, 112.
Lasiauve. Nouvelle classification des tempéraments (analyse), 21.
Leclerc. Trachéotomie, 112.
Leuret. Révulsion morale dans le traitement de l'aliénation mentale, 127, 249.
Littré. Analyse d'un ouvrage sur l'auscultation, 76.
Longé. Physiologie des nerfs spinaux, 86.

M.

Maladies de la France, 23.
— de la peau, 165.
— du foie, 160.
— (quelques) du tube digestif, 33.
— saturnines, 98.
— spasmodiques, traitées avec succès par le soufre, 33.
— syphilitiques; inoculation appliquée à leur étude, 177.
Manuel d'obstétrique, 208.
Malherbe. La ouate enduite d'un corps gras peut servir de cataplasme, 236.
Maslieurat. Action du mercure sur l'économie, 133.
Mayor. Position à donner aux membres, 120.
Mazade. Frictions mercurielles à haute dose contre la méningite, 123.
Médication vomitive, 32.
Méningites des enfants, 120.
— traitées par les frictions mercurielles à haute dose, 123.
Mercure en frictions dans la méningite, 123.
— dans un cas de rhumatisme chronique, 32.
— Son action sur l'économie, 133.
Météorologie de la Charente-Inférieure, 36.
Métrorrhagie puerpérale, 124.
Mialhe. Formulaire pratique des hôpitaux, 164.
Mignot. Pommade de belladone contre le phymosis et le paraphymosis, 212.
Millet. Asphyxie chez un aliéné, 201.
— Traitement moral de la folie, 249.
Milne-Edwards. Formulaire pratique des hôpitaux, 164.
Misern. Colique *dite* de Madrid, 123.
Mondat. Stérilité chez l'homme et chez la femme, 117.
Monésia (Examen chimique et médical du), 3.
Monomanie incendiaire, 156.
Mossisovits. Circonstances qui favorisent l'action thérapeutique de l'iode, 168.
Munk. Du soufre dans l'angine de poitrine, 33.
Myopie. Ses causes, son traitement, 217.
Myotomie pour le strabisme, 82.

N.

Nerfs spinaux. Physiologie, 86.
Névralgies. Thérapeutique, 26.
Névrosmes (Observations de), 84.
Nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme, 60, 146.
Nonat. Maladies saturnines, 98.
Nouveau-nés. Ophthalmie purulente, 84.

O.

Obstétrique (Manuel d'), 208.
Oliver. Transfusion du sang suivie de succès, 124.
Ongle incarné, 240.
Opération césarienne. Guérison, 245.
Ophthalmie purulente des nouveau-nés, 84.
Ouate enduite d'un corps gras et pouvant servir de cataplasme, 236.
Orfila. Sur l'arsenic, 214.
O'shangnessy. Chanvre dans le tétanos, 36.
Osiander. Conditions qui favorisent un volume excessif chez le fœtus, 167.

P.

Payan. Ongle incarné, 240.
Payen. Du monésia, 3.
— Hydrochlorate de baryte contre les affections scrofuleuses, 166.
Paraphymosis accidentel guéri par la pommade de belladone, 212.
Paraplégie traumatique, 31.
Pariset. Paroles prononcées sur la tombe d'Esquirol, 44.— de Landré-Beauvais, 132.
Peau (Maladies de la), 165.
Pétrequin. Quelques maladies du tube digestif, 33.
Philippe (de Berlin). Absence d'albumine dans l'hydropisie scarlatineuse, 83.
Phthisie. Auscultation à la première période, 76.
— très caractérisée; guérison, 235.
Phymosis et paraphymosis accidentels, guéris par la pommade de belladone, 212.
Pierre de quarante grammes rendue spontanément par l'urètre, 128.
Platine. Son emploi en médecine, 29.
Pneumonie chez les aliénés, 224.
Polype de l'iléon, 123.
— du rectum chez les enfants, 212.
Ponchet. Guérison d'un cas de phthisie bien caractérisée, 235.
Position à donner aux membres dans leur état pathologique; 27, 120.
Pravaz. Bains d'air comprimé, 40.

Prévost (de Genève). Lettre sur les animalcules spermatiques, 39.
Puerpérale (Hémorrhagie utérine), 124.
Pustule maligne traitée par le caustique de Vienne, 205.

Q.

Quinine (Nouveau sel de), 125.

R.

Rectum (Polype du) chez les enfants, 212.
Reproduction dans les êtres vivants, 38.
Résection du coude, 213.
Révulsion morale dans le traitement de l'aliénation mentale, 127, 249.
Rhumatisme articulaire aigu traité par le nitrate de potasse à haute dose, 60, 146.
Ribes. Mémoires et observations diverses, 162.
Rilliet. Fièvre typhoïde chez l'enfant, 152.
Ronzel (père). Parallèle de la fougère et de la racine de grenadier, 123.
Roux. Anévrisme poplité reproduit après l'opération, 37.
Rubbaum. Observations de névrosmes, 84.
Rufz. Méningites des enfants, 120.

S.

Sacrum fracturé sans accidents paraplégiques, 191.
Saignée dans le *delirium tremens*, 83.
Sang (Transfusion du), 124.
Scrofules traités par l'hydrochlorate de baryte, 166.
Section des muscles de l'œil chez le cheval, 85.
Seigle ergoté à l'extérieur, 34.
Sein (Abcès du). Traitement par la compression, 45.
Sels de cuivre dans les maladies de la peau, 165.
Sichel. Amaurose asthénique compliquée, 69.
— Nouvelle méthode pour opérer les cataractes capsulaires secondaires, 121.
Smith. Polype de l'iléon, 125.
Soufre dans l'angine de poitrine, 35.
Stérilité chez les deux sexes, 117.
Stoltz. Polype du rectum chez les enfants, 212.
Strabisme, 36, 82, 127, 129, 216.
Strychnine. Thérapeutique, 121.
Suie (Décoction de) dans le catarrhe vésical, 85.
Sulfate de quinine accusé de causer la surdité, 35, 83.
Surdité attribuée au sulfate de quinine, 35, 83.
— guérie par la perforation de la membrane du tympan, 35.
Syphilis. Inoculation, 177.
— secondaire, 169.
Système nerveux. Ses altérations anatomiques dans l'aliénation mentale, 171.
— Son action sur le système sanguin et réciproquement, 221.

T.

Tabac en lavement (Empoisonnement par le), 30.
Tamponnement contre les écoulements utéro-vaginaux, 89.
Tanquerel (des Planches). Traité des maladies saturnines, 98.
Tavignot. Empoisonnement par le tabac en lavement, 30.
Tempéraments (Nouvelle classification des), 21.
Testicule (Engorgements syphilitiques du), 81.
Tétanos traité par le chanvre, 36.
Thore. Pneumonie chez les aliénés, 224.
— Recherches statistiques sur l'aliénation mentale, 210.
Tœnia. Traitement, 123.
Toulmouche. Strychnine, 121.
Trachéotomie, 112.
Traité de l'aliénation mentale, 207.
— des maladies du foie, 160.
— des maladies saturnines, 98.
— de l'art des accouchements, 251.
Traitement moral de la folie, 127, 249.
Transfusion du sang suivie de succès, 124.
Trousseau. Compression employée contre les abcès du sein, 45.
Tympan. Perforation de sa membrane opérée pour guérir la surdité, 35.

U.

Ulcères aux jambes. Leur traitement, 33.

V.

Vaccine et variole. De leur identité, 85.
Vanmerbeek. Traitement des ulcères des jambes, 32.
Vavasseur. Formulaire pratique des hôpitaux, 164.
Villers. Grossesse compliquée d'hydatides, 243.
Vomissements supplémentaires de l'excrétion urineuse, 125.
Vomitifs coup sur coup dans un cas de croup, 32.

W.

Wilhart. Surdité guérie par la perforation de la membrane du tympan, 35.
Williams. Surdité attribuée au sulfate de quinine, 35.
Wright. Seigle ergoté à l'extérieur, 34.

Y.

Yeux. Traitement de leurs affections par le mercure, 133.

Z.

Zoospermes. Sur leur mode de développement, 38.

FIN DE LA TABLE.